

BUKU PEDOMAN PRAKTIKUM

MENERAPKAN BERBAGAI TINDAKAN KEPERAWATAN
DENGAN MENEMPATKAN CARING SEBAGAI PUSAT PRAKTEK
KEPERAWATAN



M. Margaretha Ulemadja Wedho, SKp, MHSc.

M. Margaretha Ulemadja Wedho

BUKU PEDOMAN PRAKTIKUM
Menerapkan Berbagai Tindakan
Keperawatan Dengan Menempatkan Caring
Sebagai Pusat Praktek Keperawatan



Penerbit Lima Bintang Kupang
2017

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
Halaman Judul.....	i
Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan.....	3
 BAB II KOMPETENSI	
A. Pengertian	5
B. Jenis Kompetensi.....	5
 BAB III PEDOMAN PENERAPAN CARING DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN	
A. Pendahuluan	7
B. Metode pengumpulan Data.....	5
C. Alur Kegiatan Praktek Laboratotium Mata Ajar Penerapan Caring dalam Praktek Keperawatan.....	7
1. Langkah-langkah Kegiatan.....	10
2. Proses Kegiatan Mahasiswa.....	10
3. Penutup.....	11
D. Proses Kegiatan Mahasiswa.....	11
 BAB IV PROSES BIMBINGAN	
A. Metode.....	13
B. Srategi Bimbingan.....	13
C. Tata Tertip dan Sanksi Praktik Laboratorium.....	10
D. Hak dan Kewajiban Peserta Didik.....	13
 BAB V EVALUASI	
A. Pengertian.....	15
B. Penilaian Pembelajaran Praktek Laboratorium.....	15
C. Penilaian Terhadap Pencapaian Kompetensi.....	15
	16
 BAB VI PENUTUP.....	
DAFTAR PUSTAKA.....	17
LAMPIRAN.....	19

A KATA PENGANTAR

Caring merupakan cara manusia bereaksi terhadap sakit, penderitaan dan berbagai kekacauan dalam masyarakat (Leininger, 1984 ; Watson, 1979). *Caring* dimulai dari dalam lingkungan keluarga, tetangga dan masyarakat sekitarnya. Keperawatan merupakan kelompok profesi yang paling depan dan terdekat

dengan penderitaan orang lain, kesakitan, kesengsaraan yang dialami masyarakat. Perawat merupakan anggota dari kelompok profesi yang menggunakan ungkapan *Nursing care*, *care* dan *caring* paling banyak, setiap hari, secara menetap dan terus menerus. Bahkan para pakar keperawatan seperti Leininger (1984), Watson (1979), Benner & Wrubel (1989), menempatkan *caring* sebagai pusat dan sangat mendasar dalam praktek keperawatan.

Namun kenyataan yang masih terus dihadapi hingga saat ini adalah perawat masih terus melaksanakan keperawatan yang berorientasi pada proses penyakit dan tindakan-tindakan medik. Mereka bahkan tidak memahami secara tepat arti dari kata *caring* (asuhan). Menurut para pakar keperawatan tersebut di atas, apabila *caring* ditempatkan sebagai titik pusat praktek keperawatan maka keperawatan dasar dalam profesi keperawatan akan memperoleh status yang lebih tinggi.

Tujuan penulisan buku praktikum ini adalah membahas bagaimana penerapan *caring* dalam praktek keperawatan; bagaimana perawat menempatkan *caring* sebagai pusat praktek keperawatan. Kami memastikan bahwa bila perawat menerapkan *caring* dalam praktek keperawatan maka martabat keperawatan akan meningkat. Mahasiswa dapat memiliki role model yang menampilkan perilaku *caring* saat praktek sehingga dikemudian hari saat mereka menjadi perawat mereka dapat menempatkan *caring* sebagai inti praktek keperawatan.

Ketua Program Studi

M.Margaretha Ulemadja Wedho

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Caring dapat dimengerti dengan lebih baik dengan mempelajari teori humanistik. Dalam teori ini dibahas tentang humanisme yaitu suatu keyakinan tentang kebaikan dan nilai-nilai manusia, dengan suatu komitmen bekerja untuk kemanusiaan. Humanisme menaruh perhatian pada sifat-sifat manusia, dimana pada karakteristik tertentu seseorang dianggap manusia. Contoh perilaku yang manusiawi adalah empati, simpati, terharu dan menghargai kehidupan. Humanisme ini mendapat tempat yang khusus dalam keperawatan sebagai respon terhadap kemajuan teknologi (Kozier, et al, 1992). Dalam keperawatan humanisme merupakan suatu sikap dan pendekatan yang memperlakukan pasien sebagai manusia yang mempunyai kebutuhan daripada sebagai nomor tempat tidur atau sebagai seorang gastritis. Perawat yang menggunakan pendekatan humanistik dalam prakteknya memperhitungkan semua yang diketahuinya tentang pasien yang meliputi pikiran, perasaan, nilai-nilai, pengalaman, kesukaan, perilaku dan tubuh (La Monica, 1985 dikutip oleh Kozier, et al 1992). Pendekatan humanistik ini adalah aspek keperawatan tradisional dari **“Caring”**, yang disifatkan oleh suatu pengertian dan tindakan. Menurut Slevin & Harfer (1987 dalam Kozier, et al, 1992), pengertian membutuhkan kemampuan mendengarkan orang lain secara aktif dan menerima perasaan-perasaan orang lain. Prasyarat bertindak adalah mampu bereaksi terhadap kebutuhan orang lain dengan keikhlasan, kehangatan untuk meningkatkan kesejahteraan yang optimal. (Kozier, et al, 1992 : 58). Aspek caring dalam keperawatan merupakan ide utama dimana perawat dapat membangun pengetahuan dan ketrampilan praktek profesional.

Namun, muncul pertanyaan apakah profesi keperawatan yang merupakan kelompok terbesar pemberi pelayanan kesehatan dapat membuat suatu perbedaan yang besar dalam pelayanan jikalau caring benar-benar menjadi pusat dan dasar dalam praktek keperawatan. Sayangnya, kenyataan yang dihadapi sekarang adalah bahwa kebanyakan perawat terlibat secara aktif dan memusatkan diri pada fenomena medik seperti cara diagnostik dan pengobatan. Kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan medik memaksa perawat memberikan perhatian lebih pada tugas-tugas *cure* daripada *care*. Kenyataan ini

diungkapkan oleh Leininger (1984: 11) sebagai salah satu isu kritis dalam memahami caring. Menurut Leininger perawat-perawat sekarang lebih cenderung tertarik pada pekerjaan dokter seperti pengobatan dan tindakan-tindakan medik. Bahkan dalam praktek keperawatan, beberapa perawat mengatakan bahwa mereka tidak mempunyai waktu untuk mendengarkan pasien, memberi dukungan, kenyamanan dan tindakan caring yang lainnya. Hal ini disebabkan karena tanggung jawab perawat pada dokter yaitu mengerjakan tugas-tugas dokter. Woodward (1997:1001) mengatakan bahwa perawat mempunyai persepsi bahwa bila waktu mereka lebih banyak digunakan untuk berkomunikasi atau kontak dengan pasien maka status mereka menjadi lebih rendah.

Kenyataan ini tidak bisa dipungkiri, bahkan oleh perawat di NTT sekalipun. Perawat akan merasa statusnya meningkat apabila menyuntik tanpa pelimpahan wewenang atau melakukan tindakan vasektomi dan venaseksi. Menurut Lipsky (1989) perawat disatu pihak ingin melepaskan diri dari peran lamanya sebagai pembantu dokter dipihak lain mereka menggabungkan fungsi *cure* ke dalam perannya (Baumann, dkk, 1998). Watson (1994 dikutip oleh Baumann, 1998) berpendapat bahwa perawat sebenarnya tetap menekankan tugas *cure* untuk meningkatkan statusnya.

Faktor-faktor penyebab timbulnya masalah ini disamping perawat ingin meningkatkan statusnya, Leininger (1984), Baumann, dkk (1998) berpendapat bahwa caring tidak diterima sama tingkatnya dengan curing. *Medical cure* memperoleh perhatian jauh lebih besar dari nursing care. Berbatgai media masa di masyarakat baik internasional maupun nasional lebih banyak mempromosikan tentang prosedur diagnostik dengan menggunakan alat canggih dan pengobatan moderen dengan obat-obat yang mahal. Pengakuan masyarakat terhadap medical cure pun sering didramatisir. Masyarakat tidak pernah mengakui bahwa keberhasilan merawat bayi kembar siam yang dioperasi adalah berkat kerjasama tim termasuk perawat. Oleh karena itu sampai hari ini dokter menerima prestise sosial lebih tinggi dibanding perawat dalam masyarakat. Pemerintah pun memberi dukungan dana lebih besar pada tindakan kuratif daripada karatif.

Walaupun nilai ekonomi yang diberikan pada caring kecil, Leininger (1984) memperkirakan bahwa $\frac{3}{4}$ pelayanan kesehatan adalah caring, sementara hanya $\frac{1}{4}$ adalah curing. Dia beranggapan bahwa jika perawat sebagai suatu kelompok yang bekerja 24 jam di rumah sakit lebih menekankan caring sebagai pusat dan aspek yang dominan dalam

pelayanannya maka tidak dapat disangkal lagi bahwa mereka akan membuat suatu perbedaan yang besar antara caring dan curing. Hanya perawat yang dapat menampilkan diri sebagai pembuat perubahan, bukan profesi lain. Leininger (1984) selanjutnya mengatakan bahwa *“there can be no curing without caring, but there may be caring without curing”*. Dia menambahkan bahwa dokter tidak dapat mengobati pasien-pasien terminal yang tidak mempunyai harapan sembuh namun perawat profesional dapat memberikan asupan keperawatan tanpa diagnosa medik dan pengobatan sepanjang proses kehidupan manusia dari lahir sampai mati dengan damai. Mereka, perawat dapat membantu individu, keluarga dan masyarakat baik sehat maupun sakit dengan menggunakan modalitas caring.

Pemecahan yang dianjurkan adalah perawat perlu memiliki pengetahuan dan ketrampilan praktek profesional. Perawat dituntut memiliki pengetahuan tentang manusia, khususnya pengetahuan mereka tentang sehat-sakit, aspek-aspek yang mempengaruhi tumbuh kembangnya, responnya terhadap lingkungan yang terus berubah dalam memenuhi kebutuhannya, keterbatasan dan kekuatan serta kebutuhan-kebutuhan manusia.

B. Tujuan

1.1 Tujuan Umum

Pada akhir praktik mahasiswa diharapkan mampu menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami berbagai gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia.

1.2 Tujuan Khusus

Pada akhir praktikum mahasiswa diharapkan dapat:

- a. Melakukan pengkajian pada pasien-pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia di ruangan geriatric, medical bedah, onkology, antenatal, post partal, ICU, gadar,m, dan ruangan lainnya dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan
- b. Melaksanakan berbagai macam tindakan keperawatan dengan menempatkan caring sebagai pusat praktek keperawatan pada berbagai masalah yang dialami pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan oksigenasi, cairan dan elektrolit, aktifitas dan mobilisasi, nutrisi, istirahat dan tidur,

eliminasi, aman dan nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai dan kebutuhan lainnya.

- c. Melaksanakan berbagai tindakan kolaboratif dengan profesi lainnya dengan menempatkan caring sebagai pusat praktek keperawatan seperti pemberian therapy obat-obatan dan tindakan kolaboratif lainnya.
- d. Melakukan evaluasi pada pasien dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan
- e. Melakukan pendokumentasian tetap menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan

A. Pengertian

Kompetensi adalah seperangkat tindakan cerdas penuh tanggung jawab yang dimiliki seseorang sebagai syarat untuk dianggap mampu oleh masyarakat dalam melaksanakan tugas-tugas dalam bidang pekerjaan tertentu. Kurikulum berbasis kompetensi adalah kurikulum yang dikembangkan berdasarkan pada kemampuan atau tindakan cerdas penuh tanggung jawab dari profesi tertentu dalam melaksanakan tugasnya di tempat kerja.

B. Jenis Kompetensi

Jenis kompetensi yang harus dicapai oleh mahasiswa jenjang Diploma III Keperawatan pada penerapan tindakan keperawatan dengan menempatkan caring dalam praktek keperawatan adalah:

- a. Kompetensi Wat.PV.1.PE.2: menerapkan prinsip etika keperawatan sesuai dengan kode etik perawat Indonesia
- b. Kompetensi Wat.PV.1.PE.3: menerapkan sikap menghormati hak privasi dan martabat pasien
- c. Kompetensi Wat.PV.1.PE.4: menerapkan sikap menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan
- d. Kompetensi Wat.PV.1.PE.5: menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sebagai seorang profesional
- e. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.9: melaksanakan pengumpulan data kesehatan sesuai aspek yang didelegasikan, kemudian berkontribusi data dan informasi tersebut untuk pengkajian yang dibuat oleh perawat terregistrasi
- f. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.10: mengidentifikasi masalah kesehatan yang umum, aktual, dan potensial serta mencatat temuan yang menyimpang
- g. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.11: membantu perawat terregistrasi dalam merencanakan asuhan klien berdasarkan hasil pengkajian
- h. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.13: menetapkan prioritas asuhan yang diberikan bersama perawat supervisor

- i. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.14: memberikan informasi yang akurat kepada klien tentang aspek rencana asuhan yang menjadi tanggung jawabnya
- j. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.15: melaporkan dan meminta seorang penasehat apabila klien dan/atau pemberi asuhan meminta dukungan, atau memiliki keterbatasan kemampuan dalam membuat keputusan, memberikan persetujuan, atau mengalami hambatan bahasa
- k. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.16: berkoordinasi dengan perawat teregistrasi, mengkaji kembali dan merevisi rencana asuhan secara reguler
- l. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.18: melaksanakan intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan standar praktik keperawatan dibawah pengawasan perawat teregistrasi
- m. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.19: mendokumentasikan intervensi dan respon klien secara akurat dan tepat waktu
- n. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.20: mengidentifikasi dan melaporkan situasi perubahan yang tidak diharapkan
- o. Kompetensi Wat.PV.2.PAK.22: memonitor dan mendokumentasikan kemajuan hasil asuhan yang diharapkan secara akurat dan lengkap

BAB II

PEDOMAN PENERAPAN *CARING* DALAM PRAKTEK KEPERAWATAN

A. Pendahuluan

Penggunaan proses keperawatan dianggap sebagai suatu metode ilmiah yang tepat dalam menerapkan caring dalam praktek keperawatan dengan penekanan pada pendekatan interpersonal dan komunikasi dalam bentuk proses belajar mengajar (Watson, 1979). Jika perawat ingin menempatkan caring sebagai konsep inti dalam praktek keperawatan, perawat harus berjuang secara terus menerus mengajarkan dan mensosialisasikan konsep caring dalam praktek keperawatan atau pelayanan kesehatan kepada semua masyarakat.

Program studi keperawatan Kupang menghasilkan perawat vokasi. Sesuai dengan standar KKKNI lulusan Diploma III berada pada jenjang level V. Kompetensi yang dituntut dari perawat lulusan DIII adalah mampu melaksanakan pengkajian dan menerapkan tindakan keperawatan, serta evaluasi dan dokumentasi. Kemampuan perawat vocational dalam mengkaji pasien sangat diperlukan tahap adalah penentu bagi perawat primer dalam merumuskan diagnose keperawatan dan pelaksanaan tindakan. Data yang dikaji harus lengkap dan akurat berdasarkan kondisi saat itu. Oleh karena itu seorang mahasiswa harus diajarkan bagaimana mendapatkan data yang akurat dan valid. Berikut cara-cara yang harus dilalui oleh seorang mahasiswa pengkajian berhasil.

B. Metode pengumpulan data:

1. Interview (Wawancara/tanya jawab)

Suatu komunikasi yang dilakukan dengan tujuan tertentu, seperti ingin memperoleh informasi, ingin mengkaji persoalan.

Pedoman untuk meningkatkan kesuksesan dalam wawancara:

Bagaimana menciptakan hubungan dengan pasien:

- ♥ Suasana perlu diperhatikan agar pasien tidak malu
 - a. Tempatnya tenang, tidak ada orang mondar-mandir untuk menjamin privacy pasien
 - b. Sapa pasien dengan menggunakan namanya, sehingga sebelum ke pasien terlebih dahulu membaca status atau catatan medik pasien
 - c. Perkenalkan diri anda, sebut nama, asal institusi, tingkat berapa.
 - d. Jelaskan maksud anda ada bersama pasien
 - e. Berbicara tenang dan jangan terburu-buru
 - f. Tataplah mata pasien saat berbicara dengan pasien (kontak mata)

- ♥ Bagaimana mengobservasi
 - a. Gunakan perasaanmu
 - b. Perhatikan penampilan pasien secara menyeluruh
 - c. Perhatikan bahasa tubuh (menarik diri,takut dan gugup)
 - d. Perhatikan pola interaksi pasien

- ♥ Bagaimana mendengar
 - a. Jadilah pendengar yang aktif, suatu anggukan atau pandangan sekilas penuh perhatian akan membantu pasien meneruskan ceriteranya
 - b. Biarkan pasien mengakiri kalimatnya, jangan dipotong, bersikap tenang dan simpatik dan jangan mendesak pasien
 - c. Sabarlah bila pasien mengalami hambatan dalam mengingat
 - d. Berikan perhatian penuh
 - e. Beri kesempatan untuk klarifikasi dan buat kesimpulan

- ♥ Bagaimana cara bertanya
 - a. Pertama-tama tanyakan tentang masalah utama pasien
 - b. Gunakan pertanyaan terbuka(Bapak tiap hari makan apa saja)
 - c. Gunakan istilah yang bisa dimengerti pasien
 - d. Gunakan refleksi, minta pasien jelaskan kembali
 - e. Jangan mulai dengan pertanyaan yang bersifat pribadi
 - f. Tundalah pertanyaan-pertanyaan yang tidak ada hubungannya bila pasien dalam keadaan tidak nyaman atau marah
 - g. Gunakan instrumen pengkajian yang terorganisir untuk mencegah kelalaian

2. Observasi

Adalah informasi yang diperoleh melalui indra penglihatan, pendengaran, penciuman,meiyentuh dan mengecap.

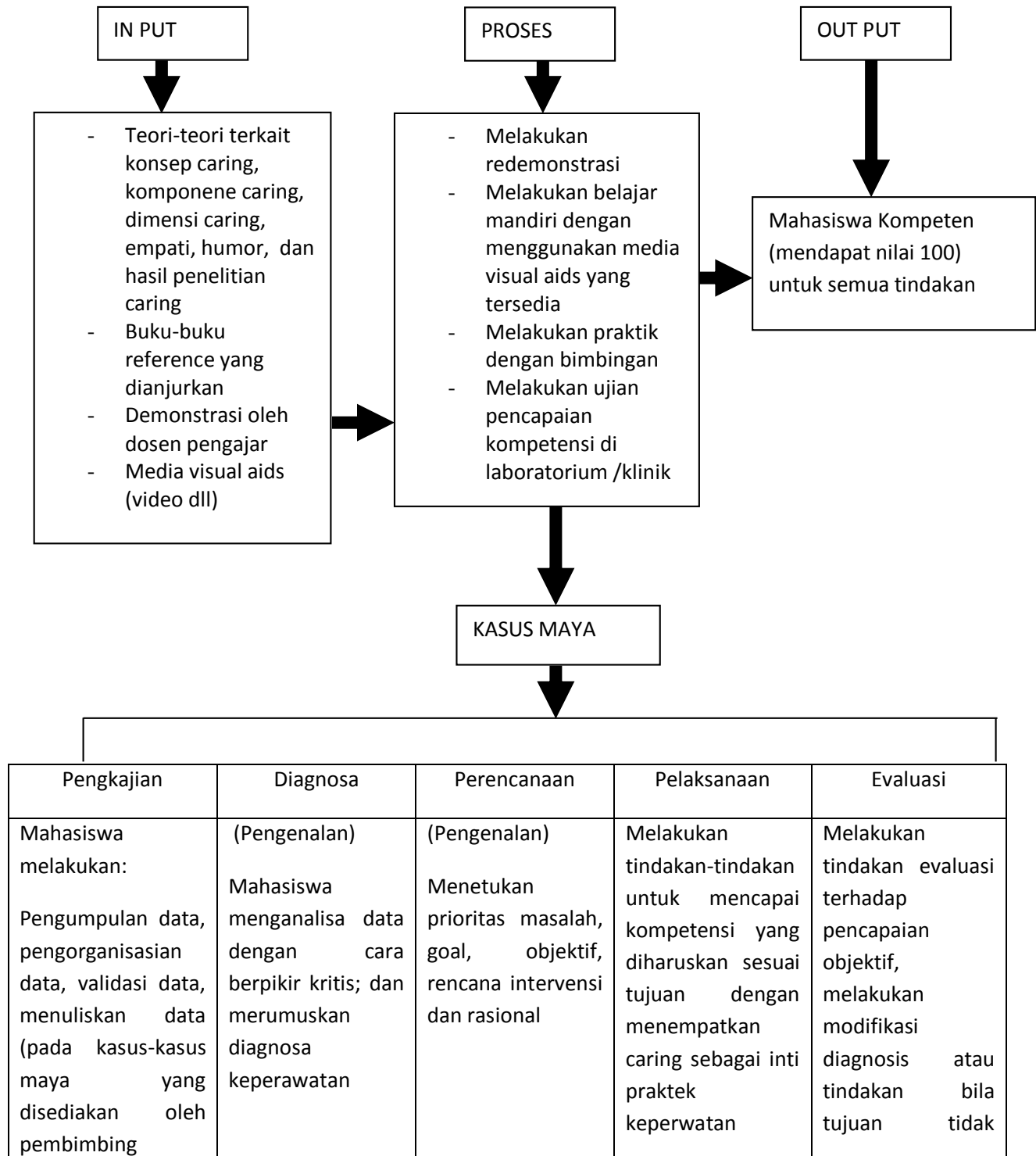
3. Pemeriksaan fisik

Dapatkan ijin dari pasien pada setiap kali anda memeriksa bagian-bagian tubuh pasien terutama bila harus minta pasien menyingkap baju atau menurunkan celananya. Pastikan bahwa privacy pasien dijamin dan kerahasiaan dijaga. Amati reaksi pasien saat melakukan pemeriksaan fisik misalnya ekspresi wajah, postur tubuh dan perubahan perilaku.

- Visual : observasi karakteristik fisik, ekspresi wajah, apakah ada tanda-tanda ketidaknyamanan, postur tubuh, warna kulit, lesi, pergerakan tidak normal, gaya berjalan.
- Penciuman : cium bau-bauan pasien,tanda-tanda non verbal
- Auditory :bunyi napas,suara jantung,paru dan bising usus
- Sentuhan/taktil :kehangatan kulit,nadi dan ukuran-ukuran organ tubuh

C. Alur Kegiatan Praktik Laboratorium Mata Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Ii (Kdm Ii) Dan Keperawatan Medikal Bedah I

Alur kegiatan praktek laboratorium untuk memenuhi kompetensi 2,3,4,6,7,8,13, dan 14 dapat terlihat pada bagan berikut ini



laboratorium) dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan				tercapai dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan
---	--	--	--	---

1. Langkah-langkah kegiatan:

a. Tahap Persiapan

- 1) Pada tahap ini mahasiswa diharuskan untuk mempersiapkan diri dengan menguasai teori konsep kebutuhan dasar manusia dan asuhan keperawatan pada pasien dengan yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan dasar manusia
- 2) Setiap mahasiswa telah mendapatkan satu tindakan keperawatan yang akan dipraktekkan dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan
- 3) Dua minggu sebelum praktek mahasiswa telah ditugaskan untuk menyiapkan skenario yang menguraikan tentang kegiatannya dalam praktek mulai dari pengkajian, pelaksanaan tindakan, evaluasi dan pendokumentasian.
- 4) Mahasiswa memilih sendiri orang percobaannya dan skenario yang telah dikonsulkan minimal 2 kali, disiapkan dalam bentuk CD dan diserahkan pada pembimbing minimal 3 hari sebelum praktikum
- 5) Mahasiswa harus mempersiapkan peralatan satu (1) hari sebelum pelaksanaan praktik laboratorium

b. Tahap Pelaksanaan

- 1) Mahasiswa yang akan praktek mendaftarkan diri ke Instruktur Laboratorium sehari 2 hari sebelum praktikum dan menyerahkan teks skenario dan CD 3 hari sebelum praktikum
- 2) Pada hari praktikum mahasiswa yang telah disetujui untuk diuji mempersiapkan pasiennya dan peralatannya
- 3) Mahasiswa melakukan praktek mulai dari mengkaji, melaksanakan tindakan, mengevaluasi, dan mendokumentasikan hasil dengan menempatkan caring sebagai inti keperawatan
- 4) Pengkajian hanya dilakukan secara fokus sesuai kasus yang tersedia

- 5) Mahasiswa dapat memilih kasus yang telah tersedia di buku panduan atau mendapatkan kasus baru saat praktek klinik di RSUD tetapi atas persetujuan pembimbing
- 6) Penekanan pada praktek ini adalah penempatan caring sebagai inti dari praktek keperawatan.
- 7) Mahasiswa akan diuji tingkat pencapaian kompetensi satu (1) dan kompetensi dua (2) yang penekanannya pada penerapan prinsip caring, etika, dan komunikasi terapeutik.
- 8) Mahasiswa dapat dikatakan tuntas apabila dapat menampilkan sikap empati, ramah, peduli dengan penderitaan pasien, menyiapkan waktu untuk mendengarkan keluhan pasien, sabar, jujur, tulus dan bekerja dengan hati-hati serta menghargai pasien sebagai pribadi yang utuh.

c. Penutup

- 1) Instruktur laboratorium melakukan refleksi dengan mahasiswa. Pada kegiatan ini mahasiswa diberi kesempatan untuk mengeksplorasi perasaannya terhadap bimbingan dan ujian yang diberikan.
- 2) Instruktur laboratorium memberi masukan untuk perbaikan atau memberikan reward untuk meningkatkan semangat dan motivasi mahasiswa. Selanjutnya, instruktur membuat suatu kesimpulan

D. Proses Kegiatan Mahasiswa

- a. Mahasiswa menyiapkan skenario dan mengkonsultkannya kepada pembimbing. Bila disetujui mahasiswa melanjutkan dengan pembuatan video berdasarkan skenario yang telah disusun.
- b. Video dan skenario diserahkan kepada pembimbing 3 hari sebelum ujian praktek
- c. Melakukan tindakan pemenuhan kebutuhan dasar untuk memenuhi semua kebutuhan dasar pada pasien yang mengalami gangguan dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan. Kebutuhan dasar tersebut mencakup kebutuhan medikasi, oksigenasi, cairan & elektrolit, nutrisi, penyakit terminal, dan keadaan menjelang ajal; aman nyaman, aktifitas dan mobilisasi, eliminasi, dan pemenuhan kebutuhan seksual dan harga diri.

- d. Mahasiswa mendaftarkan diri untuk ujian pencapaian kompetensi dengan menggunakan kasus maya, apabila dalam proses bimbingan telah mendapat nilai 100 atau dinilai kompeten oleh instruktur laboratorium (format penilaian pencapaian kompetensi ada di lampiran II)

A. Metode

Adapun metode pelajaran praktik laboratorium yang digunakan meliputi:

1. Metode demonstrasi

Metode demonstrasi adalah metode yang digunakan dengan cara memperagakan suatu prosedur dengan menggunakan alat atau media tertentu sesuai dengan tujuan pembelajaran. Dalam demonstrasi pembimbing menunjukkan inti praktek keperawatan adalah *caring*. Dalam metode tersebut pembimbing atau instruktur laboratorium harus mendemonstrasikan cara berinteraksi dengan pasien yang menunjukkan bahwa seorang perawat benar-benar *caring* dengan pasien.

2. Metode multi media tutorial

Metode ini memungkinkan peserta didik untuk belajar secara mandiri dalam mencapai kompetensi dengan menggunakan multi media tutorial yang tersedia di laboratorium. Peserta didik mengamati prosedur tertentu sesuai kasus yang disajikan dalam multi media dan dilanjutkan dengan melakukan demonstrasi ketrampilan praktikum secara mandiri. Pada metode ini mahasiswa dapat melakukan penilaian diri sendiri atau *self assessment* terhadap tindakan yang telah dilakukan

B. Strategi Bimbingan

1. Bimbingan dari instruktur laboratorium dilakukan setelah mahasiswa melakukan praktek mandiri dengan menyusun skenario, membuat CD dan melakukan kontrak dengan pembimbing
2. Pembimbing atau instruktur laboratorium melakukan bimbingan terhadap mahasiswa sesuai dengan tahapan kegiatan yang dilakukan mahasiswa
3. Strategi bimbingan yang digunakan adalah: demonstrasi, redemonstrasi, bimbingan langsung setelah mahasiswa menyaipkan skenario dan CD, dan ujian penilaian pencapaian kompetensi 1 kali.

C. Tata tertib dan sanksi Praktik Laboratorium

1. Tata tertib

- a. Mahasiswa wajib mengikuti praktika untuk memenuhi semua kompetensi dengan kehadiran 100%
- b. Mahasiswa wajib hadir di ruangan praktikum 15 menit sebelum praktikum dimulai
- c. Mahasiswa wajib menggunakan jas lab dan papan nama serta menanggalkan sepatu saat praktek

2. Sanksi

- a. Mahasiswa tidak diperkenankan mengikuti ujian laboratorium apabila kehadiran kurang dari 100%
- b. Mahasiswa tidak diperkenankan praktek laboratorium apabila terlambat lebih dari 10 menit setelah praktek dimulai pada hari tersebut
- c. Mahasiswa tidak diperkenankan mengikuti praktek laboratorium apabila tidak menggunakan jas lab

D. Hak Dan Kewajiban Peserta Didik

a. Hak

- Peserta didik berhak mendapatkan bimbingan yang tuntas selama praktek di laboratorium secara individual
- Peserta didik berhak untuk praktik mandiri di laboratorium
- Peserta didik berhak mendapatkan kesempatan untuk diuji ulang bila belum memuaskan

b. Kewajiban

- Peserta didik wajib melakukan kontrak dengan pembimbing
- Menyiapkan peralatan laboratorium sehari sebelum praktek
- Menyiapkan ruangan, peralatan, dan orang percobaan 1 jam sebelum praktek dimulai
- Menguasai prosedur kerja yang akan dipraktikkan
- Pada hari praktikum wajib mengenakan jas laboratorium, menggunakan papan nama
- Wajib mengisi daftar hadir sebelum dan sesudah praktek
- Wajib menjaga ketertiban dan ketenangan saat praktek
- Tidak minum atau makan didalam ruangan laboratorium
- Wajib membereskan peralatan laboratorium termasuk ruangan dan tempat tidur
- Wajib menyerahkan kembali semua peralatan yang digunakan dalam keadaan bersih, dan utuh kepada petugas laboratorium 1 jam setelah praktek.

A. Pengertian

1. Penilaian adalah suatu kegiatan mengumpulkan dan mengolah informasi yang bertujuan mengukur pencapaian hasil belajar peserta didik
2. Penilaian merupakan proses mengumpulkan bukti secara sistematis dan terorganisir serta membuat keputusan tentang perilaku peserta didik sesuai dengan standard kompetensi yang telah ditetapkan.

B. Penilaian pembelajaran praktek laboratorium

1. Penilaian pembelajaran praktek laboratorium dilakukan dengan menggunakan lembar observasi terhadap kegiatan yang dilakukan oleh mahasiswa dengan menggunakan ceklist yang telah disediakan
2. Penilaian dapat dimulai dari rancangan skenario, penampilan di CD, dan Penilaian saat praktek laboratorium yang mengandung aspek pengetahuan, sikap dan keterampilan
3. Indikator penilaian ini sebelumnya telah dikomunikasikan kepada peserta didik sehingga mereka dapat menyiapkan diri dengan sebaik-baiknya
4. Indikator penilaian berorientasi pada kompetensi dasar
5. Penilaian ini dapat diulang beberapa kali sampai peserta didik mencapai hasil yang kompeten
6. Standard nilai kelulusan dalam praktek laboratorium adalah 100 atau memuaskan

C. Penilaian terhadap pencapaian kompetensi

1. Penilaian pencapaian kompetensi dilakukan setelah mahasiswa dapat melakukan prosedur sesuai standard
2. Pendekatan yang digunakan adalah proses keperawatan dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan
3. Penilaian ini dilakukan secara menyeluruh dan berkesinambungan mulai dari pengkajian, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi hasil kegiatan dengan penekanan pada menampilkan perilaku caring saat melaksanakan tugas.
4. Peserta didik dinyatakan lulus apabila mencapai nilai 100 atau memuaskan

BAB VI

PENUTUP

Buku praktikum ini dirancang secara khusus untuk memperlihatkan kepada masyarakat bahwa keperawatan merupakan kelompok profesi terdekat dan terdepan dalam melayani pasien. Apabila caring dijadikan inti dari praktek keperawatan setiap hari, secara menetap dan terus maka keperawatan dasar dalam profesi keperawatan akan memperoleh status yang lebih tinggi. Leininger (1984) beranggapan bahwa jika perawat sebagai suatu kelompok yang bekerja 24 jam di rumah sakit lebih menekankan caring sebagai pusat dan aspek yang dominan dalam pelayanannya maka tidak dapat disangkal lagi bahwa mereka akan membuat suatu perbedaan yang besar antara caring dan curing. Hanya perawat yang dapat menampilkan diri sebagai pembuat perubahan, bukan profesi lain. Leininger (1984) selanjutnya mengatakan bahwa *“there can be no curing without caring, but there may be caring without curing”*. Dia menambahkan bahwa dokter tidak dapat mengobati pasien-pasien terminal yang tidak mempunyai harapan sembuh namun perawat profesional dapat memberikan asupan keperawatan tanpa diagnosa medik dan pengobatan sepanjang proses kehidupan manusia dari lahir sampai mati dengan damai. Mereka, perawat dapat membantu individu, keluarga dan masyarakat baik sehat maupun sakit dengan menggunakan modalitas caring.

Buku praktikum ini membahas tentang penempatan caring dalam praktek keperawatan sebagai pusat praktek keperawatan akan meningkatkan martabat profesi keperawatan secara khusus para pelakunya yaitu perawat. Diharapkan buku panduan ini dapat digunakan oleh mahasiswa dan dosen dalam meningkatkan kualitas belajar yang pada akhirnya lulusan D3 keperawatan akan berkualitas dalam pelayanannya dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dan instruktur laboratrium, dosen-dosen, pada pendidikan D3 keperawatan, dan juga masyarakat keperawatan dan masyarakat pada umumnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bauman, O. A, et al, 1998, *Who Cares ? Who Cure ? The Ongoing Debate in the Provision of Health Care*, Journal of advance Nursing, 28 (5): 1040-1045.
2. Benner, B., & Wrubel., 1989, *The Primary of Caring : Stress and Coping in Health and Illness*, addison-Wesley, Menlo Park, California.
3. Bevis, E., 1981, "Caring: A Life Force" in Leininger, M. (Ed), *Caring : An Essential Human Need*, NJ: Charles B. Slack, Thorofare, 49 – 59.
4. Gaut, D. A., 1983, *Development of a Theoretically Adequate Description of Caring*, Western Journal Nursing Research, 5(4): 313-324.
5. Griffin, P.A., 1983, *A Philosophical Analysis of Caring in Nursing*, Journal of Advanced Nursing, 8: 289-295.
6. Komorita, I.N., Doehring, M.K., & Hirschert, W.P., 1991, *Perceptions of Caring by Nurse Educators*, 30(1): 23-29.
7. Kozier, B., Erb, G., & Blais, K., 1991, *Concepts and Issues in Nursing Practice*, Second Edition, Adison-Wesley, Redwood City.
8. Leininger, M. M., 1984, *Care: The Essence of Nursing and Health*, SLANK, Torofare.
9. McDaniel, M.A., 1990, "The caring process in Nursing: Two instrument for measuring caring behaviours", in Strikland, L. O., & Waltz, F.C., (Ed), *Measurement of nursing outcomes: Measuring Client Self Care and Coping Skills*, Volume Four, Springer Publishing Company, New York.
10. Morse, M. J., et al,
 - 1990, *Concepts of Caring and Caring as a Concept*, *Advances in Nursing Science*, 13(1): 1-14.
 - 1991, *Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring*, *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 23(2): 119-126.
11. Watson, J.,
 - 1979, *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*, First Edition, Little, Brown and Company, Boston.
 - 1988, *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*, National League for Nursing, USA.
12. Woodward, M. V., 1997, *Professional Caring: A Contradiction In Terms?* Journal of Avanced Nursing, 26: 999-1004.
13. Gustafson, W., 1984, Motivational and historical aspects of care and nursing. In Leininger, M.M., Ed. *Care: The Essense of Nursing and Health*. Torofare, NJ: Slack Incorporated, 61-73.
14. Mayerhoff, M., 1971, *On Caring*. New York: Harper and Row.
15. Sobel, D.G., 1986, Human Caring. *American Journal of Nursing*, 69, 2612-2613.
16. Ungerson, C., 1983. Why do Women care. In: Finch, J., & Groves, D., eds. *A Labour of Love*. London: Routledge and Kegan Paul.
17. Brody, J.K, 1988. Virtue ethics, Caring and Nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 2, 87-101.

18. Gadow, S.A., 1985. Nurse and patient: The Caring Relationships. In A. H. Bishop & J. R. Scudder (eds), *Caring, Curing, Coping* (pp. 31-43). Birmingham: University of Alabama Press.
19. Tommey, M.A., 1994, *Nursing Theorist and Their Work*, Third Edition, Mosby, St.Louis
20. George, B.J., 1990, *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice*, Third Edition, Appleton & Lance, Norwalk, Connecticut.
21. Rosenthal A.K., 1992, Coronary Care Patients' and Nurses' Perceptions of Important Nurse Caring Behaviors, *Heart & Lung Journal* Nov/Dec, Vol. 21.No. 6: 536-539.
22. Huggins, N.K., Gandy, M.W., and Kohut, D.C., 1993, Emergency Department Patient's Perception of Nurse Caring Behaviors, *Heart & Lung Journal*, July/August, Vol 22. No. 4:356-64
23. Schultz, A.A; et al, 1998, Perceptions of Caring: Comparison of Antepartum and Postpartum Patients, *Clinical Nursing Research*, Vol. 7 No. 4, November: 363-78.
24. Webb, C., 1996, *Caring, Curing, Coping: Towards an Integrated Model*, *Journal of Advanced Nursing*, 23: 960-968.
25. Welch, S.D., 1994, *Importance of Nurse Caring Behaviors as Perceived by Patients Treated in The Emergency Department*, a Dissertation, Atlanta, Georgia.
26. Zamanzadeh, F., et al., 2010, Oncology Patients' and Professional nurses' Perceptions of Important Nurse Caring Behaviors, *BMC Nursing*, 9:10.
27. Olson K.J., 1993, *Relationship Between Expressed Empathy Patient Perceived Empathy and Patient Distress*, Dissertation, A Bell &Howell Company, Michigan
28. Ann, M.H., 1993, *Perceived Competencies of Associate Degree Nursing Graduates in Caring for Elderly Clients*, Dissertation, A Bell &Howell Company, Michigan.
29. Welch. S.D., 1994,. *Importance of Nurse Caring Behaviours as Perceived By Patients Treated in The Emergency Department: Disertation*, UMI Disertation Service, A Bell &Howell Company, Atlanta, Georgia
30. Greenberg, J.M., 1995. *Therapeutic Humor as A Process of Caring Within The Nurse-Client Relationship: Experiences of Three Professional Nurses and Their Clients in an Acute Care Hospital Setting*, UMI Disertation Service, A Bell &Howell Company, Michigan
31. Ann M.M, & Hoefler, 1999. *Perceived Competencies of Associate Degree Nursing in Caring for Elderly Clients*, UMI Disertation Service, A Bell &Howell Company, Michigan
32. Olson K.J., 1993., *Relationship Between Nurse Expressed Empathy Patient Perceived Empathy and Patient Distress*, UMI Disertation Service, A Bell &Howell Company, Michigan
33. Forsythe, J.A.G., 1995. *The Responses of Consumers to Caring and Non Caring Experiences During Hospitalization*, UMI Disertation Service, A Bell &Howell Company, Michigan
34. Brown L.J., 1981. *Behaviours of Nurses Perceived By Hospitalized Patients as Indicators of Care*, UMI Disertation Service, A Bell &Howell Company, Michigan
35. Kusmisan, E., 2015., *Soft Skill Caring: Dalam Pelayanan Keperawatan*, CV. Trans Info Media, Jakarta
36. Morisson, P., & Burnard, P., *Caring & Communicating: Hubungan Interpersonal Dalam Keperawatan*, EGC, Jakarta

LAMPIRAN I

FORMAT PENGKAJIAN

Format pengkajian yang digunakan disini adalah format pengkajian berdasarkan 11 pola kesehatan fungsional yang dimodifikasi disesuaikan dengan status pasien yang digunakan oleh lahan praktek dan kondisi yang ada.

Ruangan	:	Perawat	yg	:
	mengkaji	

Kamar	:	Sumber informasi	:	

Tgl Masuk RS	:	Tgl / Jam anamnese	:	

I. DATA DEMOGRAFI:

1. Nama pasien : (Inisial)
2. Umur / tgl lahir :
3. Alamat :
4. Status Perkawinan :
5. Agama :
6. Suku / kebangsaan :
7. Pendidikan :
8. Pekerjaan :

B. Data Medik

1. Dikirim oleh : () Datang sendiri

() Dokter praktek

() Gawat darurat

() Lain – lain

2. Diagnosa medik :

3. Waktu / tgl pengobatan terakhir :

4. Obat yang terakhir didapat :

II. KEADAAN UMUM

A. Cara masuk : () Jalan () Kursi roda () Kereta dorong

B. Keadaan sakit : pasien tampak sakit ringan / sedang / berat / tidak sakit.

Alasan :

C. Tanda – tanda vital

1. Kesadaran : Kulitatif

2. Suhu () Mulut () Ketiak () Rectum

3. Nadi () teratur () tidak teratur

() lemah () kuat () halus

4. Tekanan darah mmHg MAPmmHg

Kesimpulan :

Posisi klien : () Berbaring

() Duduk

() Berdiri

5. Pernapasan

- Frekuensi :x/mnt

- Irama : () biasa () cheyne stokes () kusmaul

- Jenis : () perut () dada

III. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

A. Persepsi kesehatan – pola pemeliharaan kesehatan

1. Riwayat kesehatan masa lalu :

.....
.....
.....

2. Riwayat kesehatan saat ini :

.....
.....
.....

3. Riwayat kesehatan keluarga :

.....
.....
.....

B. Pola nutrisi metabolik

1. Kebiasaan sehari – hari :

.....
.....
.....

2. Kebiasaan saat ini :

.....
.....
.....

3. Berat badan

Saat ini :

Sebelum sakit :

BB Ideal :

4. Pemeriksaan fisik

a. Kulit

1. Warna kulit : () Pucat () Sianosis

() Kemerahan () Kuning

() Pitechie

2. Turgor : () Elastis () Tidak

3. Edema : ()

4. Integritas : () Luka () Tidak

5. Keadaan kulit : () Kotor () Bersih

6. Lain – lain :

b. Rambut : () Kemerahan () Bersinar () Kusam
() Tebal () Tipis

c. Mata :

- ◆ Sklera : () Ikterik () Tidak ikterik
- ◆ Konjungtiva : () Anemik () Tidak anemik
- ◆ Lensa : () Keruh () Tidak keruh
- ◆ Kelopak mata: () Edema () Tidak edema
- ◆ Operasi : () Ya () Tidak

d. Mulut dan tenggorokan

1. Bibir : () Cyanosis () Pucat
() Kering () Basah
() Merah muda () Pecah – pecah
() Celah / schisis () Luka / radang

2. Mulut / gusi : () Pucat () Merah muda
() bersinar () Luka / radang

3. Gigi : () Tetap () Karies
() Karang gigi () Kusam
() Kusam () Bersinar
() Prothese () Jumlah gigi

4. Lidah : () Pucat () Merah muda
() Gangguan pengecapn :

5. Tonsil : () Membesar () Merah
() Pseudomembran

6. Leher : () Kaku kuduk : + / -
() Kelenjar tyroid : membesar / tidak
() Kelenjar limfe tyroid : membesar / tidak
() Kelenjar parotis : membesar / tidak

- e. Abdomen : () Nyeri lambung
 : () Nyeri tekan di
 : () Perkusi asites
 : () Lingkar perut
- Limpa : () Teraba () Nyeri tekan
 Hati : () Teraba () Nyeri tekan
 Umbilicus : () Infeksi () Perdarahan
 : () Hernia () Lain - lain

C. Pola Eliminasi

1. Kebiasaan sehari – hari

BAB

 BAK

2. Keadaan klien saat ini

BAB

 BAK

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Abdomen : () Supel () Membuncit
 Peristaltik usus : () Normal, frekuensinya :
 : () Hiperperistaltik () Tidak ada
 : () Massa :
- b. Kandung Kemih : () penuh () kosong
 () kateter
- c. Anus : () Atresia () Luka infeksi

() Fistula

D. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Kebiasaan sehari-hari :

.....
.....
.....
.....

2. Kebiasaan saat ini :

.....
.....
.....

3. Pemeriksaan Fisik

a. Aktivitas harian :

Tingkat kemampuan melakukan aktifitas

MakanMandi.....

Berpakaian.....Kerapihan.....

BAK/BAB.....Mobilisasi ditempat tidur.....

Pindah kursi dorong.....

Ambulasi.....

Catatan : 0 : Mandiri

1 : Bantuan dengan alat

2 : Bantuan orang

3 : Bantuan alat dan barang

4 : Bantuan penuh

b. Rentang gerak : Sistem Muskuloskeletal

() bebas () terbatas karena

() Syndactily () Pembengkakan.....

() Polidactily () Nyeri

() Kontraktur () Kelumpuhan

() Kelemahan

Otot : () atropi () tidak

c. Pernapasan

Hidung :

Mucosa () Pucat () merah muda () merah

Polip () ada () tidak

Perdarahan() ada () tidak

Septum () normal () bengkak

Nasal flaring () ada () tidak

Lendir () ada () tidak

() sedikit () banyak

d.Torax dan paru-paru

1. Bentuk dada : () simetris () asimetris

2. Pergerakan rongga dada : () retraksi sternum () peninggian bahu

3. Paru

♦ Auskultasi : () vesikuler() ronchi () rales

() wheezing() friction rub

♦ Perkusi : () sonor () redup

() pekak () tympani

a. Thoraks dan Paru

1. Bentuk dada : () Simetris () Asimetris

2. Pergerakan Rongga dada : () Retraksi Sternum() Peninggian Bahu

() Normal

3. Paru – paru : () Sonor () Redup () Pekak () Tympani

b. Jantung

1. Frekuensi denyut jantung :x/menit

() Kuat () Lemah () Teratur () Tidak Teratur

2. Pengisian darah ke kapiler: () Lambat () Cepat

3. Tekanan Vena Jugularis :

c. Alat bantu yang digunakan :

E. Pola Tidur

1. Kebiasaan sehari - hari

.....

.....

.....

.....

2. Kebiasaan saat ini

.....

.....

.....

.....

.....

F. Pola kognitif Perseptual

1. Kebiasaan sehari - hari

.....

.....

.....

.....

.....

2. Kebiasaan saat ini

.....

.....

.....

.....

.....

3. Pemeriksaan fisik

a. Kemampuan Orientasi : () Baik () Disorientasi

b. Kemampuan mendengar :

Bentuk telinga : () Normal () Tuli

Pendengaran : () Tuli kanan () Tuli kiri

Luka :

Cairan :
 Bengkak :
 Sakit :

G. Pola Persepsi Diri/Konsep diri.....

.....

H. Pola peran hubungan.....

.....

.....

I. Pola Seksualitas

Reproduksi.....

.....

.....

J. Pola Koping Toleransi Terhadap Stres.....

.....

.....

.....

K. Pola Sistem Nilai Kepercayaan.....

.....

.....

LAMPIRAN II

KASUS PEMICU

1. Seorang laki-laki usia 37 tahun belum menikah, buruh bangunan asal sabu, dirawat di ruangan Komodo tanggal 02 July 2010 jam 19.23 MRS. Diagnosa medik TB paru dan Pneumonia. Keluhan utama sesak napas. Pasien mengatakan sesak sudah dialami sejak 5 hari yang lalu, sulit tidur, badan lemah, pusing, sering berkeringat terutama menjelang pagi. Batuk produktif, lendir mengental tidak bisa keluar. Di IGD telah dilakukan nebulizer combivent dan pemberian 3 lt O₂. pasien sedang dalam pengobatan TBC paru bulan ke 3 (obat program: rifampicin, dan isoniazid 3 x seminggu). Masuk ruangan komodo tanggal 3 July 2010 jam 11.15. Pasien pernah mengalami TB paru thn 1992, sudah minum OAT, namun tidak tuntas karena lalai. April 2010 juga dirawat di RSU dengan sakit yang sama juga sedang dapat therapy OAT. Keluhan saat dikaji: pasien mengatakan sulit tidur sering terbangun, tidak ada nafsu makan, merasa mual, mengeluh sakit kepala dan penglihatan berkunang-kunang, masih mengeluh sesak napas dan batuk tanpa keluar lendir. Pasien juga merasa demam. Data obyektif: pasien tampak lemah, pucat, dan berkeringat dingin, dan kurus. Saat dikaji TTV: N: tachicardi: 120 x/mnt; S: 37⁰C; P: 42 x/mnt dan T: 110/60 mmHg. Auskultasi paru terdengar ronchi pada lobus kiri kanan atas positif dan wheezing pada lobus kanan atas. Batuk tidak keluar lendir. Hasil laboratorium Hb: 5 gr/dl. Penatalaksanaan: O₂ : 4 ltr/mnt; OAT dilanjutkan; IVF NaCl : D5: 1:1 /24 jam. Juga mendapat vit B6 1 x 10 mg; dan vit BC 2 x 1 tablet. Dokter juga menginstruksikan untuk diberikan PRC 2 bag (a 250 cc)/ bag 2 jam.
2. Seorang laki-laki berusia 32 tahun dirawat di ruangan Komodo dengan diagnosa DM type II. Pasien MRS dengan alasan nyeri dada, kram pada kaki dan tidak bisa diangkat, dan pusing. Tahun 2000 pernah dirawat dengan DM penyakit yang pernah diderita hipertensi dan DM. saat ini pasien mengeluh sulit tidur, nyeri dada, nyeri saat BAK, mudah lelah, pandangan kabur. TTV: T: 130/70 mmHg; RR: 16 x/mnt; S: 37⁰C; N: 72 x/mnt. Kelenjar tyroid membesar. Diit rendah kalori dan tinggi protein. Pasien juga mengeluh cepat lapar, haus, dan ingin minum terus menerus dan makan, juga BAK terus menerus 9-11 kali per hari.. hasil labor saat masuk GDP: 133 mg%, GD2: 158 mg%. Obat yang

diminum: Propanolol 3x1 gr; PTU: 3 x 1; digoxin 1x1/2 gr; dizepam 5 mg, 1x1, infus RL 16 tetes/mnt, actrapid 3x6mg

3. Seorang perempuan dirawat di ruang Maya dengan diagnosa medik ISK. Pasien MRS karena mengeluh nyeri suprapubic disertai mual. Pasien mengatakan dia sering menahan BAK karena sibuk bekerja, nyeri daerah suprapubik. Sebelumnya sudah berobat ke Puskesmas dan mendapatkan therapy paracetamol dan amoxicillin tetapi tidak tertolong. Keluhan saat dikaji yaitu nyeri suprapubik dengan skala 2 disertai mual. TTV: S: 360C; N: 84 x/mnt; TD: 100/70 mmHg; dan RR: 18 x /mnt. Labor: WBC: 20.07, BJ urine: 1.010; pH: 7; protein +1; leko: +3; ery +4; billirubin +1 dan protein +1.pasien mengeluh saat urineren nyeri dan terasa panas. Urine yang keluar per hari 500 cc frekuensi 6-7 x.. pengobatan: ampicillin 4x1gr iv; cefotaxim 2x 500 mgr iv; asam mefenamid 3 x 500 mgr; ranitidin 2x500 mgr iv.
4. Seorang perempuan usia 38 tahun, MRS dengan diagnosa Hypertyroid. Keluhan utama adalah sesak napas, rasa nyeri di dada, muntah dan mual. Pasien mengatakan sejak kemarin terasa nyeri di bagian dada, dan menjalar sampai ke seluruh permukaan dada dan perut disertai dengan sesak napas, banyak keringat. Keluhan saat dikaji sesak napas dan nyeri dada. Pasien tampak lemah, batuk kering,m sesak napas dan terpasang infus RL 20 tts/menit dan O2 2lt/mnt. TTV: S: 360C; N: 112 x/mnt; T: 110/70 mmHg; RR: 22 x/mnt. Pada pemfis ditemukan mulut dan gigi kotor, nyeri seluruh permukaan perut, BAB 1 x/hari dengan konsistensi keras. Labor: T3: 0.60 (N: 0.69-2.02); T4: 5.45 (N: 4.8-10.6); TSH: 0.73 (0.4-6.2). therapy: BC: 3 x 1; propanolol 3 x 20mgr po; furosemid 1-0-0; dan aspar K 0-1-0 po
5. Seorang perempuan usia 39 tahun dirawat di ruang cempaka dengan dx medik GJK. Alasan MRS pusing, odem kaki kiri, dan belum BAB sejak seminggu yl. Pasien mengeluh sakit di pinggang tembus belakang, BAK terasa sakit, perut bagian bawah terasa sakit dan odem kaki kiri. Keluhan saat dikaji: pusing dan belum BAB sdh 1 minggu. Pasien lemah dan odem di tungkai kiri. TTV: S: 36.5⁰c; n: 84x/mnt; td: 130/70 mmHg; rr: 20 x/mnt. Diit: rendah protein (40 gr), rendah garam (2 gr). produksi urine per 24 jam 700-900 cc dengan frekuensi 3-4 x/hari. Saat urineren terasa nyeri. Saat ini dipasang kateter. Seluruh kebutuhan personal hygiene dibantu sepenuhnya karena pasien lemah. Hasil lab: Ureum: 43.9 mgr; creatinin 2.48 mgr; HGB: 7.7 mg%; GDS: 289 mgr%

WBC: 15.62; leukosit +3. therapy: asam folat: 3x1; CaCO₃ 3x1; captopril 2x12.5 mgr peroral; infuse RL 8 tetes/mnt; lasix 3x1 ampul iv

6. Seorang wanita, usia 78 tahun dirawat di ruangan Cempaka RSUD W.Z. Johannes dengan diagnosa fraktur kaki kiri karena ditabrak sepeda motor. Pasien mengeluh nyeri di kaki kiri yang patah dan tidak bisa digerakkan, dan nyeri dada. TTV: S: 37°C; N: 84 x/mnt; TD: 130/90 mmHg; RR: 16 x/mnt. Therapy: infuse RL 20 tts/mnt; injeksi ceftriaxone 1 gram IV; genamion 80 gr iv; ketotac 10 mgr / 8 jam; captopril 3 x 12.5 mgr dan Lasix
7. Seorang perempuan dirawat di ruangan cempaka dengan diagnosa medik dispepsia suspect CKD, dan ISK. Alasan MRS: mual, muntah dan nyeri bagian pinggang, badan juga lemah. Keluhan saat dikaji pasien mengatakan nyeri pada daerah pinggang, mual, muntah, merasa panas seperti terbakar pada saat BAK, pusing dan sulit tidur. Pasien nampak lemah terpasang infuse RL. TTV: S: 37°C; N: 96 x/mnt; RR: 18 x/mnt; dan TD: 110/100 mmHg. Therapy metoclopramide 3x10 mgr; ranitidine: 2x1gr iv; B6 3x1 tab.
8. Seorang perempuan usia 54 tahun dirawat di ruang cempaka dengan diagnosa medik dyspepsia dan ISK. Alasan MRS nyeri di daerah pinggan dan lutut . saat dikaji pasien mengeluh badan lemah dan nyeri pinggang, lutut, susah tidur dan terasa panas terbakar saat BAK. Pasien juga nampak lemah, pucat. TTV: s: 37°C; N: 96 x/mnt; TD: 110/90 mmHg; RR: 18 x/mnt. Labor: ureum: 35; creatinin: 3.03. therapy: metoclorpamide 3x10 mgr; ranitidin 2x1 amp;iv B6 3x1 mgr.
9. Seorang perempuan 37 tahun dirawat di ruang cempaka dengan diagnosa medik ISK. Keluhan utamanya adalah nyeri bagian pinggang dan abdomen terutama perut bagian bawah (suprapubik). Saat dikaji pasien tampak lemah, pucat, meringis kesakitan, dan saat dipalpasi suprapubik pasien meringis kesakitan. Mukosa bibir kerung, nyeri saat BAK, klien mengatakan diwaktu lalu sering tahan kencing dan jarang minum air. TTV: S: 37°C; N: 80x/mnt; RR: 32 x/mnt; dan TD: 120/80 mmHg. Labor: HGB: 10.7 gr%; pH: 7.35; leukosit +3; creatinin: 4.03 dan ureum: 32.0. Therapy Cefotaxim 1 grm iv; ranitidin 2 x 1 gr iv.
10. Seorang perempuan usia 61 tahun MRS dengan DX medik DM. Keluhan utamanya adalah sering kencing dan banyak minum karena haus dan terasa sakit pada perut. Saat dikaji ditemukan data: pasien mengatakan perut sakit apabila dipalpasi. Mengeluh sering haus dan banyak kencing, TTV: S: 36.8°C; N: 98 x/mnt; RR:20 x/mnt; dan TD: 120/90

mmHg. Labor: GDSL 195 mgr/dl; wbc: 13.98; ureum: 16.7; creatinin: 0,26. therapy: ampicillin 2 x 1 grmiv; actrapid 1 x 10 mgr; B6 2 x 100 mgr; glibet 3 x 10 mgr.

11. Seorang perempuan usia 40 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan diagnosa medik cedera kepala sedang (CKS). Alasan dirawat adalah pingsan karena kecelakaan lalu lintas. Saat diperiksa ada luka pada kepala dan di atas kelopak mata kiri, perdarahan +. Dan kesadaran menurun. saat dikaji: klien tidak sadar GCS: E2V2M5 nilai totalnya: 9. TTV: S: 37°C; N: 98/mnt; RR: 14 x/mnt; dan TD: 140/90 mmHg. Pasien tampak cyanosis. Labor: WBC: 11; RBC: 4.20; HGB: 8.4. therapy: IVFD RL 20 tts/mnt; ketorolak 3% 1 amp/12 jam iv; ranitidin 1 ampul iv/12 jam; cefriaxon 1 gram /hari iv; pirocetam 3 gram/8jam iv; transfusi PRC 1 bag; O2: 3 ltr/mnt; dan kalnes 2 x 500 mgr iv.
12. Seorang perempuan usia 25 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan fraktur cervical. Alasan masuk fraktur cervical. Saat dikaji pasien pasien mengatakan kepalanya tidak bisa digerakkan karena nyeri dan pasien tampak menahan sakit pada leher, lemah, hanya berbaring saja. Terdapat luka pada wajah, pelipis kiri dan kanan ada jahitan, semua aktifitas dibantu penuh oleh perawat dan keluarga, pasien mengeluh tidak bisa tidur (hanya bisa 2-3 jam); dan nyeri di leher dengan skala 5 jika digerakkan. TTV: : S: 36°C; N: 88/mnt; RR: 18x/mnt; dan TD: 100/60 mmHg. Kesadaran composmentis: GCS: 15. fungsi motorik terbatas ekstremitas kanan atas bawah 5 dan kiri atas bawah 2. labor: WBC: 13.33; GDS: 98 mgr%; HGB 11.8. therapy: IVFD: RL 20 tetes/mnt; ketorolak 3x3 iv; ranitidin 2x1 ampul iv; ampicillin 4x1gr iv; manitol, 100cc tiap 2 jam iv.
13. Seorang perempuan usia 85 tahun MRS karena terjatuh dan tangan dan kaki kiri tidak dapat digerakkan. Selanjutnya seluruh badan terasa kram-kram terutama tangan dan kaki disertai pusing. Saat dikaji pasien mengatakan kaki dan tangan kiri tidak dapat digerakkan dan pinggang terasa sakit. Kaki tangan terasa asam. Keadaan umum lemah, tidak dapat menggerakkan kaki dan tangan kiri. Kesadaran composmentis, GCS: 12; TTV: : S: 36°C; N: 72/mnt; RR: 25 x/mnt; dan TD: 80/60 mmHg. Seluruh aktifitas dibantu penuh.
14. Seorang perempuan berusia 48 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan keluhan utamanya perut membesar dan nyeri. Pasien juga muntah/mual saat makan; gatal-gatal seluruh badan, sakit kepala, kram, nyilu pada kaki. Saat dikaji ditemukan data: pasien masih mengeluh gatal-gatal ada bintik-bintik hitam bekas garukan dan pasien sering

garuk. LP: 90 cm TD: 140/80 mmHg. Berat badan bertambah 1 kg dari 47 menjadi 48 kg. Pasien juga mengeluh masih susah makan selalu mual dan muntah jika makan. Pasien hanya menghabiskan 4-6 sendok setiap makan. Data labor: USG: asites, Ureum: 57.3; creatinin: 3.37 mgr%. Pasien juga mengeluh susah tidur hanya bisa tidur pada jam 3 subuh dan bangun jam 5 pagi. Ada bantalan hitam di bawah mata.

15. Seorang perempuan 51 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan diagnosa medik DM + GE + Malaise. Pasien MRS karena mengeluh nyeri ulu hati, kaki tangan kram, tertikam, mata kabur, tidak ada nafsu makan. Pasien sudah menderita DM sejak 4 tahun yang lalu. Keluhan saat dikaji adalah nyeri ulu hati, kaki dan tangan kram tertikam, mata kabur, sering BAK diwaktu malam, frekwensi urineren 7-8 kali dengan jumlah urin /24 jam 1600cc. Pasien juga tidak ada nafsu makan. Pasien nampak lemah, terpasang infus RL 20 tts/mnt; TTV: S: 36⁸C; N: 80/mnt; RR: 19 x/mnt; dan TD: 120/70 mmHg. Ditemukan juga luka pada jari kelingking kaki kanan. Labor: GDS: 378 mgr%; HGB: 9 gr/dl. Terapy: ranitidin 2 x 1 amp iv; cefotaxim 2 x 1000 mgr/iv; dan actrapid 3 x 8 IU/sc.
16. Seorang perempuan usia 48 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan diagnosa medik Gagal ginjal akut. Alasan masuk RS adalah perut sakit, nyeri dan gatal pada seluruh badah, kurang nafsu makan, kepala sakit dan kaki keram. Diwaktu yang lalu pasien mengatakan malas minum sehari hanya minum 2-3 gelas. Saat dikaji ditemukan data: pasien mengatakan perutnya sakit dan nyeri; meringis kesakitan saat dipalpasi, perut tampak membesar, mukosa mulut kering, pucat, mengeluh kepala pusing dan kaki kram. TTV: S: 36⁸C; N: 80/mnt; RR: 24 x/mnt; dan TD: 100/70mmHg. Pasien juga belum BAB sudah 3 hari, normalnya 1 hari/1x. Hasil labor: HGB: 9 gr/dl; plt: 97; RBC: 3.48; ureum: 57,2 mgr/dl; creatinin: 3.32 mgr/dl. Terapy: ranitidin 2 x 1 ampul/iv; lasix; captopril 3 x 25 mgr; CaCO₃ 3 x 1 tab vitamin B6 3 x 2 tabl.
17. Seorang perempuan dirawat di ruangan cempaka karena fraktur terbuka pada kaki kiri dan lengan kiri akibat kecelakaan lalu lintas. Saat dikaji pasien mengeluh nyeri pada kaki kiri, lengan kiri. Kaki yang fraktur bengkak. Jika di palpasi bagian kiri tubuh pasien meringis kesakitan. Nampak memar berwarna biru dan merah di tempat luka. Tubuh bagian kiri pada pinggang juga bengkak. TTV: S: 37⁸C; N: 80/mnt; RR: 38 x/mnt; dan TD: 120/80 mmHg. Kesadaran composmentis. Mulut dan lidah tampak kotor, dan nyeri saat menelan, kemampuan pergerakan sendi terbatas terutama bagian kiri tubuh, ada luka

pada tangan kiri memar, dari siku sampai jari tangan juga luka pada kaki kiri, paha teras sakit. Seluruh aktifitas dibantu secara total. Hasil USG menunjukkan fraktur di kaki kiri dan retak di tangan kiri. Terapy: gentamicin 2 x 80 mgr iv; PPC 3 x 1.5 juta im; antalgin 3 x 1 amp im

18. Seorang perempuan berusia 61 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan dx medik Hipertiroidisme dan suspect TBC. Alasan dirawat adalah sakit dada, batuk non produktif, sering keringat banyak. Saat dikaji ditemukan: pasien banyak berkeringat, kulit lembab, pada palpasi ditemukan pembesaran kelenjar tyroid, pasien juga batuk tetapi tidak keluar lendir, nyeri dada saat batuk dan nafsu makan meningkat. TTV: S: 36²C; N: 86/mnt; RR: 18 x/mnt; dan TD: 110/70 mmHg. Terapy: almodipinc 1 x 5 gr/oral; pamectrimol 4 x 1 gr iv; ranitidine 2 x 50 mgr iv; Bcomp 3 x 1 gr peroral; cefotaxim 1 gr iv dan ulsikur 200mg/amp iv.
19. Seorang perempuan usia 64 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan diagnosa medik suspect SNH. Alasan MRS adalah jatuh dan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakan saat dikaji ditemukan: TTV: S: 37⁰C; N: 84 /mnt; RR: 24 x/mnt; dan TD: 150/80 mmHg. Pasien tampak lemah, sukar bicara, bibir luka, kaki kanan dan tangan kanan bisa bergerak tetapi kiri tidak bisa. Terpasang cateter dan infus. Sudah 4 hari belum BAB normalnya 1 x/hari. Saat palpsi abdomen teraba masa area kolon, perut kembung. Terapy: cefotaxim 3 x 1 gram iv; ranitidin 2 x 1 gr iv; dexta 2 x 1 gram iv; aspilet 1 x 1 mgr /oral; captopril 3 x 25 mgr/oral; piracetam 3 x 800 mgr /oral; sinvastatin 1 x 10 mgr/oral dan B comp 3x1gr/oral.
20. Seorang perempuan usia 45 tahun, MRS dirawat di ruang cempaka karena mengeluh nyeri perut sampai pinggang, nyeri saat buang air kecil, jumlah urine yang keluar saat BAK sedikit (GGK). Saat dikaji pasien mengatakan merasa mual dan muntah mulut terasa tidak enak. Pasien belum BAK sejak malam hari; mengeluh badan lemah, pusing, tidak ada nafsu makan dan merasa lambungnya penuh. Pasien tampak lemah, pucat dan badannya tampak kotor. TTV: S: 37⁰C; N: 84 /mnt; RR: 12 x/mnt; dan TD: 110/90 mmHg. Pasien juga mengatakan siklus haidnya sangat tidak teratur. Hasil USG: pada ginjal kiri ada pelebaran , masa atau kista. Terapy: amoxicillin 4 x 500 mgriv; cefotaxim 2 x 500 mgr iv norvax 1 x 5 mgr.

21. Seorang laki-laki usia 78 tahun mengalami fraktur cruris sinistra dirawat di ruangan cempaka. Masuk RSU karena mengeluh sakit di kaki kirinya akibat patah tulang karena ditabrak motor. Saat dikaji pasien mengeluh nyeri pada dada, pada kaki yang fraktur serta kakinya tidak bisa digerakkan. Saat di palpasi daerah luka terasa nyeri. TTV: S: 37°C; N: 88 /mnt; RR: 12 x/mnt; dan TD: 150/100 mmHg. Terpasang cateter dan infus RL 20 tts/mnt.
22. Seorang perempuan usia 40 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan dx medik hypertyroidism. Alasan MRS napas sesak, mual dan muntah, nyeri pada perut bagian atas dan batuk. Pasien nampak pucat dan lemah, terpasang infus NaCl 0.9% 20 tts/mnt, O2: 2 ltr/mnt, dan catheter, pasien nampak sesak napas. TTV: S: 36°C; N: 100 /mnt; RR: 18 x/mnt; dan TD: 90/60 mmHg. Hasil labor: protein total 5.94 (N: 6.2-8.0); albumin 2.31 (N: 3.8-5.4); T3: 0.60 (N: 0.69-2.02); T4: 5.43 (N: 4.8-11.6); TSH: 0.73 (N: 0.4-6.2). Hasil X Ray: efusi pleura dextra. Usg hepatomegali dan ascites. Terapi: cefotaxim 3 x 1 gr iv; ketokonazol 1 x 200 mgr /oral; metronidazole 500 mgr iv. Ranitidin 1 x 1 ampul iv.
23. Seorang perempuan 26 tahun dirawat di ruangan cempaka karena cedera kepala ringan. Klien MRS karena kecelakaan motor dan pasien pingsan. Saat masuk wajah luka, tangan dan kaki juga. Saat dikaji pasien mengatakan terasa nyeri pada lutut kaki kanan dan wajahnya dengan skala nyeri 3. Pasien juga mengatakan telinga kirinya sakit saat ini karena terjadi benturan. Klien tampak lemah dan kaku pada wajah dan lutut kanan serta tangan terdapat luka dan klien kehilangan pendengaran. TTV: S: 36°C; N: 80 /mnt; RR: 18x/mnt; dan TD: 90/60 mmHg. Kesadaran composmentis, aktifitas terbatas. Pemeriksaan USG lien, pankreas, dan bladder normal, patela tak ada garis fraktur. Terapi: zibac 2 x 1 gr iv; antalgin 3 x 1 gr im; piracetam 3 x 1 gram iv, dan infus RL 20 tts/menit
24. Seorang perempuan usia 37 tahun MRS karena nyeri pada daerah pinggang dan pinggul serta bagian suprapubic (dx medik ISK) Keluhan ini sudah 3 bulan yang lalu, berobat ke Puskesmas tetapi kambuh lagi. Saat dikaji ditemukan data: pasien tampak lemah, pucat, saat dipalpasi area suprapubic pasien menahan sakit dan masih sakit pada pinggang, pinggul dan suprapubic. Diwaktu yang lalu pasien sering menahan kencing serta kurang minum air (2 gelas sehari saja). TTV: S: 37°C; N: 80 /mnt; RR: 32 x/mnt; dan TD: 120/80 mmHg. Hasil labor: HGB: 10.7; leukosit +3. terapi yang didapat adalah: ranitidin 2x1 gr iv; cefotaxim; parasetamol; dan torasx; infus D5% 20 tts/mnt

25. Seorang perempuan berusia 60 tahun dirawat di ruangan interna dengan diagnosa medik suspect CKD dan dispepsia dan ISK. Alasan MRS adalah nyeri punggung, pinggang disertai mual dan muntah. Saat dikaji ditemukan data: pasien mengeluh masih nyeri pinggang, mual dan muntah, tampak lemah. Pasien juga mengeluh panas dan merasa terbakar pada area suprapubik, pusing, dan sulit tidur. Produksi urine per 24 jam 600cc frekuensi 6-7 x/hari sedikit-sedikit jumlahnya. TTV: S: 37⁰C; N: 96 /mnt; RR: 18 x/mnt; dan TD: 110/100 mmHg. Hasil labor: Ureum: 35.0 mg/dl; creatinin 3.03 mg/dl. Terapy: metoclopramide 3 x 1 gram per oral; B6 3 x 1 tab/oral; ranitidin 3 x 1 gr iv.
26. Seorang perempuan usia 75 tahun dirawat di ruangan interna dengan suspect SH. Alasan MRS tiba-tiba jatuh dari tempat tidur dan tidak bisa berbicara. Saat diperiksa ditemukan: pasien tidak bisa bergerak dan berbicara, semua aktifitas dibantu penuh oleh keluarga dan perawat. Terpasang cateter. TTV: S: 36⁸C; N: 80 /mnt; RR: 32 x/mnt; dan TD: 120/80 mmHg. Nefedipin 3x10 mgr peroral; HCT ½-0-0 peroral; captopril 3 x 25 mgr/oral; pirocetam 3 x 800 mgr/oral.
27. Seorang perempuan usia 63 tahun dirawat di ruangan interna dg dx medik pyelonefritis. Alasan MRS karena merasa nyeri sekali bila BAK. Saat dikaji ditemukan data: pasien mengeluh nyeri pinggang, dan perut bagian bawah. Pasien tampak meringis kesakitan, lemah dan BAK sedikit kurang lebih 400 cc/hari. TTV: S: 36.7 ⁰C; N: 100 /mnt; RR: 18 x/mnt; dan TD: 100/80 mmHg. Hasil labor: GDS: 156 mg%; prot urine: +2; eritrosit: +4; lekosit: +3; ureum: 107.8 mg/dl; creatinin: 3.44 mgr/dl. Terapy: ampicillin 1 gr/iv; cefotaxim 1 gr/iv
28. Seorang perempuan usia 19 tahun dirawat karena mengalami CKR. Alasan MRS adalah mual, muntah, nyeri kepala karena kecelakaan lalu lintas. Saat dikaji ditemukan data: pasien mengeluh mual tetapi tidak muntah lagi , nueri kepala dengan skala 4 (Mc. Gill). Terdapat luka lecet dibagian punggung kiri dekat bokong. Pasien tampak pucat dan lemah. TTV: S: 37⁰C; N: 72 /mnt; RR: 18x/mnt; dan TD: 100/60 mmHg. Terapy: piracetam 3 x 800 mgr/oral; cefriaxon 1 gr iv; toracic 3 x 30% iv; ranitidin 2 x 150 mgr/oral; dan asam mefenamat 3 x 500 mgr/oral. Hasil ft tengkorak normal
29. Seorang perempuan berusia 48 tahun dirawat di ruangan interna dengan dx. Medik ISK dan CKD. Alasan MRS adalah pengeluh perut membesar muntah-muntah, disertai gatal seluruh badan. Saat dikaji didapatkan data: pasien tampak lemah, mengeluh nyeri pada

abdomen kuadran kiri atas, susah tidur karena nyeri, gatal seluruh badan, mual dan muntah. Pasien mengatakan tidak ada nafsu makan dan minum sedikit. Urine out put: 500-1000 cc/24 jam lewat cateter. TTV: S: 36.8⁰C; N: 80 /mnt; RR: 32 x/mnt; dan TD: 140/80 mmHg. Hasil labor: Hb: 9.2 gr/dl; ureum: 57.2 mg/dl; creatinin: 3.37 mgr/dl. Hasil USG abdomen: ascites positif.

30. Seorang perempuan berusia 40 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan alasan MRS kecelakaan lalu lintas dan pingsan. Saat dikaji ditemukan data: kesadaran pasien menurun dengan GCS E2V2M5 total 9. terdapat luka di atas kelopak mata kiri, perdarahan. Terapy O2: 3 ltr/mnt; infus RL 20 tts/mnt. TTV: S: 37.8⁰C; N: 80 /mnt; RR:14 x/mnt; dan TD: 140/90 mmHg. Aktifitas fisik terbatas sehingga butuh total bantuan. Hasil labor: WBC 11.00; RBC: 4.20; HGB: 8.4 mgr%. Terapy lainnya: ketorolax 3% /12 jam iv; cefotaxim 1 gr/24 jam iv; piracetam 3 gr/8 jam iv; transfusi PRC 1 bag; Kalmex 2 x 500 mg iv.
31. Seorang perempuan 40 tahun dirawat di ruangan interna dengan dx medik GGA. Keluhan utamanya adalah sudah 2 minggu perut membesar. Sebelumnya pasien sakit tenggorokan dan batuk pilek selama 2 minggu dan tidak berobat. Saat dikaji ditemukan data: pasien lemah, mengeluh gatal-gatal seluruh tubuh, kaki kram, nyeri bagian bawah perut, dan perut membesar. Terpasang cateter pada pasien dan IVFD D 5% 14 tts/mnt. TTV: S: 36.8⁰C; N: 80 /mnt; RR: 24x/mnt; dan TD: 140/80 mmHg. Pasien mengatakan sudah 3 hari belum BAB, diit rendah garam, lunak. Hasil labor: HGB: 9.2 g/dl; PLT: 97; RBC: 3.48; Ureum: 57.2 mg%; creatinin: 3.37 mg%; hasil USG Ascites. Terapy: Lasix 2 x 1 gr iv; tanitidin 2 x 1 gr iv; captopril 3 x 25 mgr oral; CaCO3 3 x 500 mgr oral; B6 3 x 2 tab oral.
32. Seorang perempuan berusia 53 tahun dirawat di ruangan cempaka dengan alasan MRS nyeri ulu hati, kaki keram, penglihatan kabur. Pasien mengatakan pernah menderita DM dan mendapat obat gliben, glisefulfin, metrobidazole dan antasida. Saat dikaji diperoleh data: TTV: S: 36.8⁰C; N: 80 /mnt; RR: 19 x/mnt; dan TD: 120/70 mmHg. Pasien tampak lemah, mengeluh nyeri ulu hati perut sebelah kiri, penglihatan kabur dan kakinya kram. Pasien juga mengeluh sering BAK 7-8 kali perhari. Pada jari kelingking kanan ada luka. Hasil labor: GDS: 378; HGB: 9.0 mgr% PLT: 257; protein +4; glukosa: +4. keton: +4 BJ Urin: 1.020; pH: 5.0. terapy: Actrapid 3 x 8 IU/SC; cefotaxim 2 x 1 gr iv dan ranitidin 2 x 1 amp iv

33. Seorang perempuan berusia 45 tahun MRS karena merasa sakit pada bagian perut (dx. Medik CRF). Pasien mengatakan sejak 1 bulan yang lalu merasa sesak napas, sakit pada bagian perut dan muntah-muntah. Saat dikaji ditemukan data yang sama pasien masih mengeluh muntah dan sakit lambung dan sakit bagian perut. Pasien tampak lemah. TTV: S: 37⁰C; N: 100 /mnt; RR: 22 x/mnt; dan TD: 120/100 mmHg. Produksi urine 500 cc/24 jam frekuensi 2-3 x/hari. BAB 5-6 hari/x dengan konsistensi keras. Hasil labor: HGB: 11; Ureum: 77.8mg%; creatinin: 5.46 mg%; albumin 3.45. therapy: ranitidin 3 x 1 ampul iv; cefotaxim 3 x 1 gr iv; torasix 2 x 1 amp iv; infus RL 20 tts/mnt.
34. Seorang perempuan usia 70 tahun dirawat di ruangan Cempaka karena mengeluh pusing, nyeri kepala, mual, badan terasa lemah dan tidak ada nafsu makan. Pasien pernah menderita stroke 2 tahun yang lalu dan ada riwayat hipertensi. Saat dikaji didapatkan data: kesadaran composmentis, pasien nampak gelisah, bibir mencong ke kiri, bicara pelo, mengeluh pusing, makan minum sulit, mengeluh mual, dan tidak dapat mengontrol BAK. Pasien nampak kotor. TTV: S: 38.6⁰C; N: 88 /mnt; RR: 20 x/mnt; dan TD: 160/100 mmHg. Ekstremitas kanan lemah sehingga aktifitas terbatas. Hasil labor: HGB: 9.7 g/dl; GDS 2 jam PP: <126 mg%; WBC: 16.60. Therapy: captopril 2 x 12.5mg /oral; cefotaxim 2 x 1 gr iv; dexametazone 3 x 4 mg/iv; paracetamol 3 x 500 mgr/oral; piracetam 2 x 1200 mg/oral.
35. Seorang perempuan 75 tahun dirawat di ruangan interna karena keluarga mengatakan pasien tidak bisa bicara setelah terjatuh di kamar mandi. Saat dikaji pasien nampak lemah, sulit menggerakkan anggota tubuhnya terutama kaki kiri dan kanan. Pasien dibantu sepenuhnya dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Terpasang cateter. TTV: S: 36.8⁰C; N: 80 /mnt; RR: 22 x/mnt; dan TD: 120/80 mmHg. Kesadaran somnolent dengan nilai GCS: E3V1M1. therapy: nifedipin 3 x 10 mgr iv; HCT ½-0-0; captopril 3 x 2 5 mgr; piracetam 3 x 800.
36. Seorang perempuan usia 61 tahun MRS karena sakit dada batuk tanpa lendir, sering berkeringat, banyak gerak dan suka marah-marah. Riwayat batuk-batuk dan sesak napas 3 tahun yang lalu. Saat dikaji ditemukan data: pasien tampak lemah, banyak keringat, tidak tenang dan ada pembesaran kelenjar tyroid bagian anterior. Pasien mengeluh susah tidur malam, nyeri dada ketika batuk tanpa lendir. Keluarga pasien mengatakan pasien

suka makan banyak dan tidak gemuk, jika menelan ada rasa nyeri di leher dan pasien suka marah-marah. TTV: S: 36.8⁰C; N: 88/mnt; RR: 32 x/mnt; dan TD: 140/100 mmHg.

37. Seorang perempuan usia 28 tahun dirawat di ruangan interna dengan alasan MRS rasa sakit di telinga kiri, bengkak, dan bernanah warna kuning bau. Pasien sering mengorek telinganya dengan kayu. Saat dikaji ditemukan data: pasien mengatakan merasakan nyeri hebat pada telinga kiri menjalar ke kepala dengan skala nyeri 4 (Mc. Gill). Tidak bisa mendengar dengan baik pada telinga kiri . saat dipalpasi pasien meringis kesakitan. Terpasang IVFD RL 20 tts/mnt. TTV: S: 36.9⁰C; N: 78 /mnt; RR: 16 x/mnt; dan TD: 100/890 mmHg. Hasil foto os mastoid ditemukan mastoiditis bilateral. Terapy: cefotaxim 2 x 1 ggram parenteral; mertigo 3 x 1; pulvis (paracet, CTM, efedrin) 3 x per oral.
38. Seorang perempuan berusia 30 tahun dirawat di ruangan interna dengan alasan masuk RS nyeri di pinggang tembus belakang, bila BAK rasa sakit, pusing, belum BAB sejak seminggu yang lalu, dan kaki kirinya bengkak. Saat dikaji ditemukan data: pasien lemah dan pucat, terdapat edema di tungkai kiri. Pasien mengeluh pusing, belum BAB sejak sebulan yang lalu. Terpasang infus RL 8 tts/mnt; dan cateter. TTV: S: 36.5⁰C; N: 84 /mnt; RR: 22 x/mnt; dan TD: 130/70 mmHg. Hasil labor: HGB: 7.7; WBC: 15.62; lekosit +3; ureum: 43.9; creatinin: 2.48. trapy: Cefriaxon 3 x 1 gr iv; lasix 3 x 1 amp iv; captorpril 2 x 12.5 mgr
39. Seorang Ibu 57 tahun MRS karena nyeri kuadran kiri bawah abdomen disertai BAB lebih dari 8 kali per hari encer. Saat dikaji pasien mengeluh mules dan 2 kali BAB encer. Pasien pernah menderita gastritis. Pasien mengeluh kurang nafsu makan dan hanya menghabiskan setengah porsi dari yang disediakan. Bibir kering, turgor kulit jelek, mata cekung, T: 130/80 mmHg, N: 120 x/mnt; RR: 20 x/mnt dan S: 36⁰ C. Pasien tampak kurus BB: 33kg TB: 158 cm (idealnya 52.2 kg). Terapy: Ketorolax 2 x 1 ampul iv; ranitidin 2x1 amp iv; cefriaxone 2 x 1 gr iv; diagit 3 x 1 tab; dan sucralfat 3x1 tab.
40. Seorang laki-laki usia 77 tahun dirawat di ruang Teratai RSUD diag medik Hypertensi grade II. Pasien mengeluh tegang pada leher dari depan sampai belakang. Pusing saat duduk, nyeri pinggang sehingga sulit bergerak. Pasien meringis kesakitan jika merubah posisi. Skala nyeri 3 dari skala Mc Gill. TTV: T: 170/100mmHg; N: 85x/mnt; S: 36⁰ C; P: 20 x/mnt. Pasien kurang nafsu makan hanya menghabiskan 2-3 sendok makan sana. BB turun 2 kg dari 59 menjadi 57 kg. Pasien tampak kotor, rambut kotor, kuku kaki dan

tangan panjang dan kotor, pasien blm dimandikan sejak MRS, keluhan sdh 4 hari belum BAB. Terapy: IVFD RL 500 cc/8 jam; cefotaxim 2x1gr iv; Ranitidin 2x50 mgr iv; captopril 2x12.5 mgriv; laktulose 3 x C1. Na Dicolfenat 2 x 50 mgr, neurodex 2 x 1 tab.

41. Seorang perempuan 49 tahun dirawat di teratai rujukan dari Puskesmas karena sesak napas disertai batuk berlendir putih tetapi sulit dikeluarkan. TTV: T: 110/70 mmHg; N: 80 x/mnt; RR: 27 x/mnt; S:36.2⁰C. semua aktifitas dibantu keluarga karena pasien sesak. Terapy: IVFD NaCl 0.9% 8 tetes/mnt. O₂ Nasal Canule 3 liter/menit dan Nebulizer combivent + NaCl.
42. Seorang perempuan 70 tahun dirawat di RSU dengan diagnosa medik COPD. Pasien mengeluh sesak napas dan batuk berlendir. TTV: T: 120/60 mmHg; N: 109 x/mnt; RR: 32 x/mnt; S:36.9⁰C. Pasien tampak sesak napas dan terdengar bunyi wheezing pada lobus kanan dan kiri atassaat di auskultasi. Pasien tidak bisa melakukan aktifitas harian sehingga semuanya dibantu penuh karena sangat sesak. Terapy O₂: 4 liter/menit dan nebulizer combivent + NaCl.
43. Seorang laki-laki 34 tahun dirawat di RSU dengan diagnosa medik Hypertensi dan stroke. Pasien tampak sakit berat, mengeluh lemah tak berdaya sehingga semua aktifitas dibantu penuh. Pasien tampak kotor, rambut kotor, mulut berbau, kuku kaki dan tangan panjang. TTV:T: 180/100 mmHg; N: 80 x/mnt; RR: 20 x/mnt; S:37⁰C. Terapy: captopril 3x25 mgr peroral; B kompleks 2 x1 tablet amidipin 0-0-1 mgr; ranitidin 2 x 1 tab oral; MLP 6 x 200 cc.
44. Seorang perempuan 17 tahun dirawat di RSU dengan keluhan utama BAB encer dan muntah-muntah lebih dari 3 kali. Saat dikaji mengeluh terasa sakit di perut, jika makan langsung muntah. TTV:T: 100/70 mmHg; N: 75 x/mnt; RR: 20 x/mnt; S:35.6 ⁰C. Terapy: IVFD: RL 500 cc/24 jam; ink 1 x 20 mgr; Cefotaxim 2x1 grm iv; Ranitidin 2 x 50 mgr; Ondansentron 3 x 4 mgr peroral; Diatab 4 1 tab. Oralit.
45. Seorang perempuan usia 35 tahun dirawat di RSU karena sesak napas akibat perut membuncit. Diagnose medic CKD + Hypertensi + Anemia. Pasien tampak sesak napas, dan odem pada kaki kiri. TTV:T: 140/100 mmHg; N: 104 x/mnt; RR: 38 x/mnt; S:37.2⁰C. Terpasang kateter, urin out put hanya sekitar 100cc/24 jam. Dokter menginstruksikan minum hanya 100 cc. Hasil Lab: Ureum: 150 mgr/dl; Creatinin: 7.8 mg/dl. Terapy: Cefriaxon 1 gr/24 jam iv; Bicnat 3x1 tab; asam folat 2x1 tab; SF: 2 x 1

tab; Clonidin 2 x 0,25 mgr; Amlodipin 1 x 10 mg; CaCO₃ 3 x 1 tab; Cetrizine 1 x 10 mgr.

46. Seorang laki-laki usia 63 tahun dirawat di ruangan interna RSU karena mengeluh nyeri perut bagian kanan atas skala nyeri 3 dari 5. Pasien juga mengeluh pusing dan lemah, wajah tampak pucat, konyungtiva pucat CRF >3 detik dan Hb: 5.7 gr/dl. TTV:T: 140/90 mmHg; N: 86 x/mnt; RR: 20 x/mnt; S:36.4⁰C. diagnosa medik anemia sus hepatomegaly.
47. Seorang laki-laki 75 tahun dirawat di RSU karena sesak napas disertai batuk berlendir. Saat dikaji masih sesak sulit mengeluarkan lendir. Diagnosa medik Pneumonia dan Osteoporesis. TTV:T: 150/80 mmHg; N: 68 x/mnt; RR: 22 x/mnt; S:36.5⁰C. saat auskultasi terdengar ronchi pada paru-paru kiri. Pasien mengeluh susah BAB. Terapy: O₂: 2-4 liter/mnt; IVFD RL 20 tetes/mnt; Captopril 3 x 25 mgr po; amlodipin 1x10 mgr; diltiazem 3 x 30 mgr dulcolaxol 3 x 4 mg.
48. Seorang laki-laki 21 tahun dirawat di ruang interna RSU karena mengeluh gusinya berdarah. Saat dikaji gusi masih berdarah disertai pusing, demam, berkeringat, mual dan nyeri ulu hati. TTV:T: 110/80 mmHg; N: 66x/mnt; RR: 20 x/mnt; S:35.2⁰C. Hasil labor trombosit: 13.000/mm³. Terapy: IVFD: RL 500cc 30tpm; paracetamol 3 x 500mg; aviter salmet 3 x 1 saset; cefadroxil 2 x 500 mg po; DL serial/12 jam. Dx medik trombositopeni
49. Seorang laki-laki 23 tahun dirawat di RSU karena gastritis kronik dan leukopenia. Pasien mengeluh badan terasa lemah, tidak ada nafsu makan, senua aktifitas harian dibantu keluarga. Saat dikaji: kulit tampak kotor, mulut bau, kuku panjang dan kotor, makan hanya setengah porsi. TTV:T: 90/60 mmHg; N: 80 x/mnt; RR: 20 x/mnt; S:37⁰C. BB 51 kg; TB: 170 cm. Hasil labor: Hb: 8.3 mgr/dl; WBC: 3.28. 10³/ul. Plt: 70.10³; RBC: 3.04 10⁶. Terapy: Inj Cefotaxim 2 x 1 gr; inj ranitidin 2 x 1 amp; Sucralfat 3 x 1 tab po; paracetamol 3 x 500 mgr po.
50. Seorang perempuan 68 tahun dirawat di RSU karena batuk, sesak napas dan disertai nyeri dada. Saat dikaji pasien nampak sesak dan batuk-batuk namun tidak mengeluarkan lendir. Saat diauskultasi tidak terdengar bunyi wheezing maupun ronchi. TTV:T: 110/70 mmHg; N: 96 x/mnt; RR: 26 x/mnt; S:36.7⁰C. Pasien tampak kotor, tidak bisa mandi sendiri dan kuku tangan dan kaki kotor dan rambut panjang dan kotor. Terapy: O₂: 2-4 liter/menit (masker); IVFD: RL 20 tts/menit; inj methylprednison 2 x 62,5 mgr/iv;

nebulizer combivent 2 x 1 amp iv; ambroxol 3 x 1 tabpo; selbutamol 3x1 tab po; omeprazol 3 x 40 mgr.

51. Seorang laki-laki usia 32 tahun sudah dirawat di RSUD 7 hari karena jatuh di kamar mandi dan pingsan. Diagnosa medik Hypertensi. Saat dikaji pasien mengeluh nyeri pada bagian sub-occipito (skala 5), pusing dan jantung berdebar-debar. TTV:T: 160/90 mmHg; N: 98 x/mnt; RR:18 x/mnt; S:36.7⁰C. Pasien tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah (kekuatan otot 1). Tingkat kesadaran GCS: E₂V₂M₄. Pasien tidak dapat melakukan semua aktifitas harian sehingga saat dikaji tercium bau badan, mulut, dan kuku tangan kaki panjang dan kotor. Terapy: captopril 3 x 23 mg po; HCT 1-0-0; Bcom 3 x 1 tablet, piracetam, ranitidin
52. Seorang perempuan usia 63 tahun telah dirawat 5 hari di ruang interna RSUD karena keluhan utamanya tangan dan kaki kanan terasa lemah dan sulit digerakkan. Diagnosa medik CHF, dan Hypertensi. TTV:T: 120/90 mmHg; N: 69 x/mnt; RR: 20 x/mnt; S:35.9⁰C. saat dikaji pasien masih mengeluh kaki dan tangan kanannya terasalemah dan sulit digerakkan. Belum mampu melakukan aktifitas harian karena tidak mampu berdiri. Kekuatan otot ekstremitas kanan atas bawah 3. Tingkat kesadaran: GCS: E₄V₅M₆. Terapy: NaCl 0.9% 500 cc/8 jam; dulcolax syrup 3 x 1 sdm po.
53. Seorang perempuan usia 70 tahun dengan keluhan utamanya tiba-tiba tidak bisa bicara dan tidak bisa menggerakkan badannya dan selanjutnya pingsan. Pasien sudah dirawat 14 hari dengan diagnosa medik SNH. Saat dikaji pasien lemah, tidak bisa berbicara, tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanan dan ditemukan luka pada bagian punggung.TTV:T: 130/80 mmHg; N: 86x/mnt; RR: 20 x/mnt; S:37.5⁰C. kekuatan otot ekstremitas kiri 5 kanan 1 sehingga semua aktifitas dibantu. hasil CT Scann menunjukkan adanya atrofi di otak pada corticol frontal kanan dan kiri serta trombosis akut pada arteri carotis interna kiri disertai infark akut. Terapy: Amlodipin 1x5 mg iv; CPG 1 x 75 mgin; captopril 2 x 25 mg iv; ranitidin 2 x 1 po dan Bcomp 2 x 1 tab po.
54. Seorang perempuan 48 tahun dirawat di RSUD dengan diagnosa medik gagal ginjal kronik. Ada riwayat hipertensi. Keluhan utama nyeri pinggang tembus ke depan, pasien mengatakan sangat lemah sehingga seluruh aktifitas dibantu keluarga. Saat dikaji masih mengeluh nyeri ringan dengan skala 2 dan susah tidur. TTV:T: 130/80 mmHg; N: 82x/mnt; RR: 25 x/mnt; S:36.5⁰C. hasil lab: ureum: 183.5 gr/dl; Creatinin: 7.2 gr/dl; Hb:

10.0 gr/dl dan GDS: 108 gr/dl. Therapy: IVFD 0.9% 50cc/jam: Ranitidin: 2 x 1 amp; Furosemid 20 mg/iv; Ceftriaxon 2 x 1 gram iv; vometes syrup (k/p) asam folat 2 x 1 tablet; captopril 3 x 12.5 mgr; amisodipin 1 x 10 mgr.

55. Seorang laki laki usia 66 tahun dirawat dengan keluhan utama sulit menggerakkan kaki dan tangan kanannya; ada riwayat hipertensi. Saat dikaji pasien mengeluh sakit kepala, pusing, tengkuk terasa tegang, ekstremitas kanan atas dan bawah lumpuh kekuatan otot 1. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kaki dan tangan kanannya sehingga semua aktifitas dibantu. pasien juga mengatakan sejak dirawat belum bisa BAB. TTV:T: 120/80 mmHg; N: 80x/mnt; RR: 16 x/mnt; S:36⁰C. Therapy: captopril, duazepam, lezonoprin 1 x 5 mg, asilet 1 x 20 mg. RL 3 tts/mnt, dulcolax supp, ranitidin
56. Seorang laki-laki 58 tahun dirawat di RSU dengan keluhan utamanya sesak napas. Diagnosa medik PPOK. Saat dikaji pasien mengatakan sesak napas, terdengar wheezing pada lobus kiri dan kanan atas. TTV:T: 120/80 mmHg; N: 90 x/mnt; RR: 28 x/mnt; S:36⁰C. BB: 35 kg; TB: 160 cm berarti pasien BB kurang 19 kg. Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk RS 6 hari yang lalu sehingga terlihat kuku kaki dan tangan panjang dan kotor, kulit kotor dan berkeriat> therapy: O2: 4 ltr/mnt; infus NaCl 0.9% 20 tts/mnt, ranitidin 2 x 1 amp; Nebulizer combiper 8 jam, cefriaxon 2 x 1 gr/iv.
57. Seorang laki-laki 53 tahun dirawat di RSU sejak 1 bulan yang lalu dengan diagnosa medik HIV-AIDS. Pasien tampak pucat, lemah, sesak napas, batuk-batuk terus, kurus, bernapas dari mulut, terpasang kateter dan IVFD RL: 20 tetes/mnt. Saat dikaji pasien mengeluh badannya lemah, sulit bergerak dan beraktifitas, sesak napas disertai nyeri dada jika batuk-batuk dan mual, muntah. TTV:T: 110/70 mmHg; N: 78x/mnt; RR: 24 x/mnt; S:35.4⁰C. BB seb sakit 103 kg; setelah sakit 63 kg. Hasil labor: Hb 8.6 mgr/dl, eritrosit 3.43, Hematokrit 25.5% limfosit 6.81 (N:20-40), neutrofil 86.4 (50-70). Urine: Protein +2, urobilinogen +2. Bilirubin +1. Therapy: IVFD RL 20 tpm, Cefriaxon 2 x 1 gr, Levofloxacin 1 x 500 mgr, dexametazone 3 x 1 amp IV, Farmadol 1 x 1 (k/p).

LAMPIRAN IV

STRATEGI PRAKTEK:

1. Setiap mahasiswa mendapatkan satu kasus dengan cara mengundi 2 -3 minggu sebelum praktikum
2. Mahasiswa diberi kesempatan untuk menyiapkan skenario dan membuat CD
3. Setelah dikonsulkan kepada dosen pembimbing dan mendapatkan persetujuan maka mahasiswa melakukan kontrak dengan dosen pembimbing atau instruktur laboratorium
4. Pada hari praktikum mahasiswa diberi kesempatan selama 15 menit untuk melakukan pengkajian termasuk anamnesis dan pemeriksaan fisik dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan
5. Mahasiswa hanya mengkaji organ tubuh yang bermasalah
6. Berdasarkan data yang dikaji secara sepiantas merumuskan diagnose dan rencana perawatan (tetapi tidak diwajibkan)
7. Mahasiswa menetapkan tindakan yang akan dilakukan dan melaksanakan tindakan dengan inti prakteknya adalah caring selama 20 menit
8. Mahasiswa diberi kesempatan 10 menit untuk melakukan evaluasi dan pencatatan dan pelaporan.

Contoh Kasus 1.

Seorang laki-laki 58 tahun dirawat di RSUD dengan keluhan utamanya sesak napas. Diagnosa medik PPOK. Saat dikaji pasien mengatakan sesak napas, terdengar wheezing pada lobus kiri dan kanan atas. TTV:T: 120/80 mmHg; N: 90 x/mnt; RR: 28 x/mnt; S:36⁰C. BB: 35 kg; TB: 160 cm berarti pasien BB kurang 19 kg. Pasien mengatakan belum mandi sejak masuk RS 6 hari yang lalu sehingga terlihat kuku kaki dan tangan panjang dan kotor, kulit kotor dan berkeriat> therapy: O₂: 4 ltr/mnt; infus NaCl 0.9% 20 tts/mnt, ranitidin 2 x 1 amp; Nebulizer combiper 8 jam, cefriaxon 2 x 1 gr/iv.

(Demonstrasi dapat dilihat dalam Video Player)

Tahap I. Pengkajian

a. Format observasi dan penilaian saat perawat/mahasiswa melakukan kontrak pasien

No	Kegiatan Yang Dinilai	Observasi Ya/Tidak	Nilai 1-5	Keterangan (alasan memberi nilai)
1	Memasuki ruangan pasien dengan senyuman hangat			
2	Mengucapkan salam kepada pasien sambil berjabat tangan			
3	Berbicara dengan nada suara yang lembut			
3	Menanyakan kondisi pasien hari itu			
4	Memanggil pasien dengan namanya			
5	Memperkenalkan diri, menyebutkan tujuan kehadiran, menjelaskan prosedur yang akan dilakukan			
6	Memberi kesempatan pasien berbicara dan mendengarkan pasien dengan aktif			
7	Menatap mata pasien ketika berbicara dengan pasien			
8	Meminta persetujuan pasien untuk melakukan pengkajian			
9	Menghargai pasien dengan meminta pasien menandatangani surat persetujuan (inform consent)			

.....,.....201....

Dosen Penguji

.....

b. Format observasi dan penilaian saat perawat/mahasiswa melakukan Anamnesa

No	Kegiatan Yang Dinilai	Observasi Ya/Tidak	Nilai 1-5	Keterangan (alasan memberi nilai)
1	Menutup gorden (menghargai privacy pasien)			
2	Mencuci tangan			
3	Menempatkan pasien pada ruangan yang nyaman dan tenang			
3	Duduk disamping pasien			
4	Menanyakan pasien dengan suara lembut dan tidak tergesa-gesa			
5	Menanyakan tentang masalah utama pasien			
6	Menggunakan pertanyaan terbuka			
7	Menggunakan istilah yang dimengerti pasien			
8	Gunakan refleksi dengan meminta pasien menjelaskan kembali			
9	Tidak memulai dengan pertanyaan yang bersifat pribadi			
10	Tidak menanyakan masalah yang tidak ada hubungannya dengan keadaan pasien			
11	Menunda pertanyaan saat pasien sedang tidak nyaman (sedih atau marah)			
12	Menyentuh pasien bila pasien merasa tidak nyaman			
13	Menunjukkan bahwa perawat memiliki pengetahuan dan keterampilan berkomunikasi yang baik			
14	Perawat menanyakan keluhan yang pasien rasakan			
15	Menggali informasi tentang riwayat kesehatan pasien, riwayat kesehatan keluarga, dan pola-pola hidup pasien			
16	Menggali informasi tentang keadaan kesehatan saat dikaji			
15	Perawat menunjukkan kesabaran			
16	Perawat membantu pasien mengurangi rasa nyeri dan cemas saat wawancara			

.....201....

Dosen Penguji

.....

c. Format dan evaluasi saat perawat/mahasiswa melakukan pemeriksaan Fisik

No	Kegiatan Yang Dinilai	Observasi Ya/Tidak	Nilai 1-5	Keterangan (alasan memberi nilai)
1	Menggunakan instrumen pengkajian yang terorganisir untuk mencegah kelalaian			
2	Menjelaskan kepada pasien organ yang akan diperiksa dan tujuannya			
3	Menjelaskan prosedur pemeriksaan kepada pasien			
4	Memberi kesempatan pasien bertanya			
5	Memberi penjelasan dengan tenang dan jelas atas semua pertanyaan pasien			
6	Memperhatikan privacy pasien setiap kali akan memeriksa organ tubuh pasien			
7	Minta ijin pada pasien untuk inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi organ-organ yang akan diperiksa			
8	Menunjukkan percaya diri saat melakukan pemeriksaan			
9	Memiliki kompetensi saat melakukan pemeriksaan fisik			
10	Tanyakan pada pasien apakah sakit, saat dipalpasi atau diperkusi			
11	Informasikan kepada pasien hasil temuan pemeriksaan fisik setiap selesai memeriksa satu organ tubuh pasien dengan tenang			
12	Merapihkan pasien			
13	Mengatakan puas dengan kerja sama pasien dan			
14	Mengucapkan terima kasih			

.....,.....201....

Dosen Penguji

.....

Tahap II. Pelaksanaan

Sebelum melakukan tindakan mahasiswa terdahulu menjelaskan pada pasien permasalahan yang dihadapi pasien dan rencana tindakan yang akan dilakukannya saat itu berdasarkan kasus maya.

Format observasi dan penilaian terhadap tindakan keperawatan

Contoh ketrampilan pemberian injeksi intra vena dengan menempatkan caring sebagai inti praktek keperawatan

No	Kegiatan Yang Dinilai	Observasi/ Ya / Tidak	Nilai 1-5	Keterangan (Mengapa Nilai 1-5
1	Persiapan Pasien:			
	a. Menyampaikan maksud/tujuan			
	b. Mendengarkan respon pasien			
	c. Menunjukkan sikap menerima respon pasien			
	d. Memberikan penjelasan atau jawaban atas pertanyaan pasien/keluarga			
	e. Membuat persetujuan antara perawat dan pasien			
	f. Membuat keputusan sesuai konteks/situasi untuk bertindak atau tidak mengambil tindakan			
2	Melaksanakan Tindakan			
	a. Memperhatikan privasi pasien			
	b. Mencuci tangan			
	c. Memiliki kompetensi klinik dalam melakukan tindakan sesuai protap			
	d. Memperhatikan keluhan pasien			
	e. Memperhatikan respon pasien			
	f. Beraksi terhadap respon pasien (sesuai prinsip etika yang mana)			
	g. Adakah tawaran tindakan lain jika tindakan pertama gagal?			
	h. Bagaimana respon Anda jika pasien menolak?			

3	Akhir Tindakan			
	a. Menyampaikan tindakan sudah selesai			
	b. Mengucapkan terima kasih			
	c. Mengatakan pada pasien anda merasa puas / senang atas kerja sama yang baik pada pasien			

.....,.....201....

Dosen Penguji

.....

Tahap III. Evaluasi tindakan keperawatan

No	Kegiatan Yang Dinilai	Observasi Ya/Tidak	Nilai 1-5	Keterangan (alasan memberi nilai)
1	Menanyakan keluhan pasien			
2	Mendengarkan dengan penuh perhatian ketika pasien menyampaikan keluhannya			
3	Mengkaji tanda-tanda vital pasien (tensi, suhu, nadi, dan pernapasan)			
3	Menunjukkan kompetensi saat bekerja			
3	Memeriksa fisik pasien pada organ tertentu sesuai masalah dalam rangka evaluasi			
3	Melakukan pengamatan terhadap dampak pengobatan pada pasien			
4	Bersama pasien membuat suatu kesimpulan apakah masalah telah teratasi			
5	Melibatkan pasien dalam perencanaan selanjutnya			
6	Melibatkan pasien dan keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan			
7	Memberi pujian bila pasien dapat melakukan dengan baik			
8	Memberi dorongan, semangat dan harapan apabila pasien ingin menyerah			

.....,.....201....

Dosen Penguji

.....